

*Ensemble* soyons **UNIQUE**

# RAPPORT ANNUEL 2015-2016

CENTRE INTÉGRÉ  
UNIVERSITAIRE DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC

## **ÉDITION**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2016.

## **COORDINATION ET ADAPTATION DES TEXTES**

Christiane Lemaire, conseillère en communication, DRHCAJ

## **CONTRIBUTION**

Nous tenons à remercier les membres du comité de lecture de même que le personnel des différentes directions de l'établissement qui ont contribué à la production de ce document.

## **CORRECTION ET SECRÉTARIAT**

Amélie Guilbert, adjointe à la direction, DRHCAJ

## **CONCEPTION GRAPHIQUE**

Amélie Guilbert, adjointe à la direction, DRHCAJ

Dépôt légal – 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN version PDF : **978-2-922227-86-4**

ISBN version imprimée : **978-2-922227-85-7**

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Web

**[WWW.CIUSSSMCQ.CA](http://WWW.CIUSSSMCQ.CA)**

**Le rapport annuel de gestion 2015-2016 du CIUSSS MCQ a été adopté par le conseil d'administration le 21 juin 2016.**

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	1
LISTE DES ACRONYMES.....	4
MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL .....	7
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES.....	8
FAITS SAILLANTS DU CIUSSS MCQ EN 2015-2016 .....	9
<b>PRÉSENTATION DU CIUSSS MCQ.....</b>	<b>12</b>
MISSION, VISION, VALEURS.....	13
<i>Mission</i> .....	13
<i>Vision</i> .....	13
<i>Valeurs</i> .....	13
INSTALLATIONS.....	13
SERVICES OFFERTS.....	13
PLAN D'ORGANISATION .....	14
PORTRAIT DES EFFECTIFS.....	15
POPULATION ET DONNÉES DE SANTÉ .....	15
<i>Le territoire et la population de la région</i> .....	15
<i>Les caractéristiques socioéconomiques</i> .....	16
<i>Les habitudes de vie et les facteurs de risque en 2013-2014</i> .....	17
<i>Les problèmes de santé en 2013-2014</i> .....	18
<i>Les problèmes de santé mentale en 2013-2014</i> .....	18
<i>L'espérance de vie et la mortalité</i> .....	19
DÉSIGNATIONS UNIVERSITAIRES .....	21
<i>Portrait de la recherche</i> .....	22
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME .....	23
<b>LE VRAI NORD : NOTRE RAISON D'ÊTRE .....</b>	<b>24</b>
ACCESSIBILITÉ .....	25
<i>L'accès priorisé aux services spécialisés</i> .....	25
<i>L'accessibilité à la chirurgie</i> .....	25
<i>Guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO)</i> .....	26
<i>Info-Santé et Info-Social</i> .....	27
<i>Services préhospitaliers d'urgence (SPU)</i> .....	27
<i>Première ligne et urgences</i> .....	28
<i>Programme de lutte contre le cancer</i> .....	28
<i>Politique de transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)</i> .....	29
<i>Téléthrombolyse</i> .....	29
<i>Projet Traumatisme cranio-cérébral léger (TCCL) sur la fatigue et le sommeil</i> .....	30
<i>Traumatologie</i> .....	30
<i>Don d'organes et de tissus</i> .....	31
<i>Santé publique et responsabilité populationnelle</i> .....	31
<i>Transformation de l'organisation des services pour la clientèle en DI et en TSA 0-21 ans</i> .....	32
<i>Groupes préscolaires DI-TSA</i> .....	33
<i>Résidence à assistance continue (RAC) St-Jacques et Les appartements St-Louis</i> .....	33
<i>Services résidentiels spécialisés SII-TGC et Les appartements Fleury en 2015-2016</i> .....	33
<i>Services de santé primaire et gestion des maladies chroniques</i> .....	34

<i>Programme jeunesse-famille</i> .....	36
<i>La protection de la jeunesse</i> .....	37
<i>Itinérance et santé mentale</i> .....	40
<i>Vers un tribunal adapté</i> .....	41
<i>Journée des partenaires en prévention du suicide</i> .....	41
<i>Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement</i> .....	41
<b>QUALITÉ ET SÉCURITÉ</b> .....	<b>43</b>
<i>Planification stratégique et plan d'action</i> .....	43
<i>Une stratégie de déploiement de l'amélioration continue</i> .....	43
<i>Sécurité des soins et implantation d'une culture de sécurité</i> .....	44
<i>Des données au service de l'amélioration de la performance</i> .....	45
<i>Service de l'éthique</i> .....	46
<i>Démarche d'agrément</i> .....	46
<i>Les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie</i> .....	50
<i>La certification des résidences privées pour aînés (RPA)</i> .....	50
<i>Implantation de la Loi concernant les soins de fin de vie</i> .....	50
<i>Le réseau de services intégrés aux personnes âgées</i> .....	52
<i>Évaluation des programmes</i> .....	52
<i>Suivi des recommandations du coroner</i> .....	53
<i>Utilisation sécuritaire des mesures de contrôle : la contention et l'isolement</i> .....	53
<i>Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes</i> .....	54
<i>Plan d'action sur les infections nosocomiales</i> .....	55
<i>L'implantation de guides de pratique destinés à la clientèle DI-TSA</i> .....	58
<i>Commissaire aux plaintes et à la qualité des services</i> .....	59
<b>MIEUX-ÊTRE</b> .....	<b>63</b>
<i>Démarche Entreprise en santé</i> .....	63
<i>Développer un leadership collectif pour une transformation réussie</i> .....	63
<i>La gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO) : de la planification à l'action</i> .....	64
<i>Coordination et gestion des stages en 2015-2016</i> .....	64
<i>Les meilleures recrues au service de la clientèle</i> .....	65
<i>Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs</i> .....	66
<i>Santé et sécurité au travail</i> .....	66
<i>L'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels</i> .....	67
<b>OPTIMISATION</b> .....	<b>69</b>
<i>L'optimisation des ressources humaines en avant-plan</i> .....	69
<i>Urgences et soins critiques</i> .....	69
<i>RNI : nouveau modèle d'organisation de services</i> .....	69
<i>Optimisation du processus d'attribution des aides techniques au programme de déficience visuelle « PAM » (Projet d'aides en mains)</i> .....	69
<i>Immobilisations</i> .....	71
<i>Logistique</i> .....	71
<i>Ressources informationnelles</i> .....	72
<b>PRIX, RECONNAISSANCE ET RAYONNEMENT</b> .....	<b>73</b>
<i>Prix et reconnaissance</i> .....	74
<i>Bons coups</i> .....	76
<i>Colloques et Forums</i> .....	78
<b>DONNÉES OPÉRATIONNELLES ET FINANCIÈRES</b> .....	<b>79</b>

TABLEAUX DE BORD ET BILAN DES ENTENTES DE GESTION.....	80
<i>Les attentes spécifiques 2015-2016</i> .....	80
<i>Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS</i> .....	85
RAPPORT DE LA DIRECTION.....	98
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	99
RAPPORT FINANCIER 2015-2016.....	101
CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS CONCLUS ENTRE LE 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2015 ET LE 31 MARS 2016	
.....	116
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	116
<i>La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires</i> .....	116
<b>INSTANCES ET COMITÉS.....</b>	<b>132</b>
CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	133
COMITÉ DE VIGILANCE ET QUALITÉ.....	135
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE.....	136
COMITÉ DE VÉRIFICATION.....	137
COMITÉ SUR LES RESSOURCES HUMAINES.....	139
COMITÉ SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE.....	140
COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION GÉNÉRALE.....	141
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	142
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS.....	144
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....	146
CONSEIL DES SAGES-FEMMES.....	147
DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	149
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS.....	150
COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES.....	152
COMITÉ DES USAGERS.....	153
COMITÉ PHILANTHROPIQUE.....	155
COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE.....	157
<b>ANNEXES.....</b>	<b>158</b>
ANNEXE I - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	159
<i>PRÉAMBULE</i> .....	159
<i>SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</i> .....	159
<i>SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</i> .....	162
<i>SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS</i> .....	164
<i>SECTION 4 – APPLICATION</i> .....	165
ANNEXE II – PORTRAIT DES SERVICES À LA POPULATION.....	169
<i>Jeunesse-famille</i> .....	169
<i>Santé publique</i> .....	169
<i>Santé mentale adulte et dépendance</i> .....	170
<i>Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique</i> .....	170
<i>Soutien à l'autonomie de la personne âgée</i> .....	171
<i>Soins infirmiers</i> .....	173
<i>Services multidisciplinaires</i> .....	174
<i>Services professionnels (médicaux)</i> .....	175
ANNEXE III – ÉCHELLE DE CLASSIFICATION DES ÉVÉNEMENTS.....	177

## LISTE DES ACRONYMES

APSS :	Accès priorisé aux services spécialisés
BVI :	Bureau virtuel intervenant
CECII-CIIA :	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers-Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CÉR :	Comité d'éthique de la recherche
CH :	Centre hospitalier
CHAUR :	Centre hospitalier affilié universitaire régional
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CII :	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLE :	Centre local d'emploi
CLSC :	Centre local de santé communautaire
CM :	Conseil multidisciplinaire
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPS :	Centre de prévention suicide
CQA :	Conseil québécois d'agrément
CR :	Centre de réadaptation
CRDS :	Centre de répartition des demandes de services
CRSP :	Conseil régional sur les services pharmaceutiques
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CVQ :	Comité de vigilance et de la qualité
DACD :	Diarrhées associées au Clostridium difficile
DAUSC :	Direction adjointe urgence et soins critiques
DI :	Déficiência intellectuelle
DM :	Déficiência motrice
DMÉ :	Dossier médical électronique
DP :	Déficiência physique
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
DPSMAD :	Direction du programme santé mentale adulte et dépendance
DQEPE :	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRF :	Direction des ressources financières
DRGM :	Département régional de médecine générale
DRHCAJ :	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRI :	Direction des ressources informationnelles
DSP-RP :	Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
ERV :	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC :	Équivalent temps complet
FAP :	Famille d'accueil de proximité
FCASS :	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens
FQRSC :	Fonds de recherche du Québec
GACO :	Guichet d'accès de la clientèle orpheline
GAMF :	Guichet d'accès à un médecin de famille
GARE :	Grossesse à risque élevé
GIS :	Groupe interdisciplinaire de soutien
GMF :	Groupe de médecine familiale
GMF-R :	Groupe de médecine familiale – Réseau

GMF-U :	Groupe de médecine familiale – Universitaire
GPMO :	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
GRH :	Gestion des ressources humaines
HCM :	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
HDA :	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
HSC :	Hôpital Sainte-Croix
HSM :	Haut Saint-Maurice
ICI :	Intervention comportementale intensive
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IRBT :	Indice relatif de bonheur au travail
IRISSS :	Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
IRSC :	Institut de recherche en santé du Canada
JP :	Jours-présence
LGCE :	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA :	Lois sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSS :	Loi sur les services de santé et services sociaux
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS :	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAJ-SM :	Programme d'accompagnement justice-santé mentale
PASM :	Plan d'action en santé mentale
PCEM :	Plan de conservation de l'équipement et du mobilier
PCFI :	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI :	Prévention et contrôle des infections
PDG :	Président-directeur général
PDGA :	Président-directeur général adjoint
PFAP :	Postulant famille d'accueil de proximité
PII :	Plan d'intervention interdisciplinaire
PREM :	Plan régional d'organisation des services médicaux régionaux
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAC :	Résidence à assistance continue
RAMD :	Réseau d'accessibilité médicale Drummond
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGD :	Retard global de développement
RI :	Ressource intermédiaire
RISQ :	Recherche et intervention sur les substances psychoactives
RLS :	Réseau local de services
RNI :	Ressource non institutionnelle
RPA :	Résidence privée pour aînés
RPCU :	Regroupement provincial des comités des usagers
RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF :	Ressource de type familial
RTS :	Rétention et traitement des signalements
SAPA :	Soutien à l'autonomie de la personne âgée
SARM :	Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline
SCT :	Secrétariat du conseil du trésor
SII-TGC :	Service d'intervention intensive en trouble grave du comportement
SIURGE :	Système d'information dans les urgences

SIV :	Soutien à intensité variable
SPIN :	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
SPTR :	Sécurité publique de Trois-Rivières
SQETGC :	Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement
TARP :	Travail, accouchement, récupération, post partum
TC :	Trouble de comportement
TCC :	Traumatisme cranio-cérébral
TCCL :	Traumatisme cranio-cérébral léger
TGC :	Trouble grave du comportement
TSA :	Trouble du spectre de l'autisme
Tx :	Taux d'incidence
UMF :	Unité de médecine familiale
UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
USI :	Unité des soins intensifs
VCT :	Vérification complémentaire terrain

## MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



M. Richard Desrochers  
Président



M. Martin Beaumont  
P-D.G.

La première année d'existence du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) aura été l'occasion d'une transformation majeure dans les façons de faire de notre réseau régional. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, il a en coulé de l'eau sous les ponts! Qu'il suffise de mentionner la mise en place de la structure organisationnelle, administrative et clinique et du plan d'organisation du volet médical, un travail colossal de réorganisation qui a impliqué de nombreux gestionnaires et pour laquelle plusieurs tournées d'information ont été faites sur tout le territoire par le président-directeur général et ses collaborateurs.

La création d'un conseil d'administration unique pour toute la région a aussi été un élément crucial de la réorganisation et nous sommes fiers de la qualité et des compétences des membres qui y siègent. De plus, la mise en place d'un comité philanthropique regroupant les dix-huit fondations de la région a aussi été un fait marquant de la transformation, ce qui a permis de favoriser les échanges et la collaboration et de faire grandir la culture philanthropique dans notre région.

En lien avec l'un des objectifs stratégiques du MSSS, soit celui de « favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance », le CIUSSS MCQ s'est donné un modèle de performance axé sur l'accessibilité et la qualité des services, l'optimisation des ressources et le mieux-être des intervenants. Ce qu'on appelle « le Vrai Nord » est, en fait, notre raison d'être et le cap sur lequel l'établissement s'oriente pour soutenir l'organisation dans l'amélioration continue de la performance, pour atteindre l'excellence au bénéfice de l'expérience client. Vous constaterez, d'ailleurs, que ce rapport annuel de gestion est présenté en fonction des quatre grands axes: qualité, optimisation, accessibilité et mieux-être. Vous y trouverez un portrait très intéressant des principales réalisations de la dernière année.

Signalons également la concrétisation de divers projets d'immobilisation d'envergure dont vous trouverez la liste dans les faits saillants du CIUSSS MCQ.

En définitive, nous dressons un bilan positif des efforts réalisés en 2015-2016 et nous souhaitons que cet élan se poursuive en 2016-2017, en cohérence avec la vision de l'établissement de créer, par un leadership collectif, un CIUSSS performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Nos priorités de la prochaine année sont de poursuivre l'organisation de nos services de façon à améliorer la continuité et l'accessibilité des soins et services pour notre population et de consolider l'organisation des services médicaux dans la communauté.

Nous profitons de cette occasion pour remercier sincèrement tous les gestionnaires et les médecins qui ont mis tout le cœur à améliorer le système de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Nous adressons un merci spécial aux nouveaux membres de notre conseil d'administration pour le temps consacré à l'étude des divers dossiers. Enfin, nous exprimons toute notre reconnaissance, bien méritée, aux employés pour leur excellent travail, leur professionnalisme et leur grande capacité d'adaptation dans l'offre de soins de santé et de services sociaux aux usagers, de même qu'aux bénévoles, organismes communautaires et autres partenaires de notre région.

**Ensemble, soyons UNIQUE.**

Bonne lecture!

M. Richard Desrochers  
Président du conseil d'administration

M. Martin Beaumont  
Président-directeur général

# DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre Président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.



Martin Beaumont  
Président-directeur général

## FAITS SAILLANTS DU CIUSSS MCQ EN 2015-2016

- Nominations du PDG, M. Martin Beaumont (6 mars 2015) et du PDGA, M. Gaétan Lamy (12 mars 2015).
- Entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> avril 2015, du Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.
- Production d'une carte routière de la mise en œuvre du CIUSSS MCQ.
- Mise en ligne du site Web du CIUSSS MCQ (1<sup>er</sup> avril 2015).

---

### Création du comité de direction transitoire et première réunion (27 avril 2015).

---



- Tournées d'information du 1<sup>er</sup> au 23 avril 2015 : M. Martin Beaumont et M. Gaétan Lamy ont rencontré tous les comités de direction et de gestion, de même que les exécutifs des CMDP du territoire.
- Formation du Comité des usagers du CIUSSS MCQ en mai 2015.
- Mise en ligne du bulletin CommUNIQUE.



---

### Création du comité philanthropique en avril 2015, regroupant 18 fondations, qui ont recueilli ensemble un montant de 12 906 000 \$ en 2015-2016.

---

- Amorce du transfert de l'autorité fonctionnelle, le 25 septembre 2015, pour la mise en œuvre des directions administratives.

---

### Nomination des membres du conseil d'administration (15 octobre 2015).

---



- Tournée interne des territoires du CIUSSS MCQ sur la réorganisation clinique du 19 octobre au 6 novembre 2015, par M. Martin Beaumont avec les hors cadres et un adjoint de la DRHCAJ.
- Première séance du conseil d'administration (3 novembre 2015).
- Structures d'encadrement des directions cliniques adoptées (9 novembre 2015).



**Début des travaux pour la création du Centre Famille-Enfant rattaché à l'Hôpital Sainte-Croix (octobre 2015).**

- Adoption du Plan stratégique du MSSS (19 novembre 2015).
- Réorganisation clinique et processus de dotation pour les postes d'encadrement clinique du 19 novembre au 31 décembre 2015.
- Plan de gouvernance médicale adopté par le conseil d'administration (16 décembre 2015).

**Ouverture du nouveau Pavillon Jacques et Michel Auger et de la nouvelle clinique oncologique Carole Frenette (7 octobre 2015).**



- Début d'élaboration du plan opérationnel amorcé en décembre 2015.
- Région fortement médiatisée avec près de 800 demandes médias en 2015-2016.



**Inauguration de la nouvelle Clinique pédiatrique Les Amis d'Elliot – Desjardins fier compagnon de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska (3 novembre 2015).**

- Travaux d'agrandissement majeurs au CLSC Sainte-Genève-de-Batiscan.
- Organisation de rencontres des préfets de MRC et des maires des villes centres pour mieux faire connaître le CIUSSS MCQ et partager des préoccupations communes quant aux services de santé offerts à la population.

---

**Agrandissement et réaménagement de l'urgence du Centre de services du Haut-Saint-Maurice (8 avril 2016).**

---



- Début des travaux du projet de la Phase II du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR).
- Début des travaux d'implantation d'un nouveau centre d'hémodynamie rattaché au CHAUR (19 octobre 2015).




---

**Financement récurrent pour huit nouveaux lits en soins palliatifs à la Maison des Trois Colombes en Mauricie (8 avril 2016).**

---

- Appel d'offres pour la construction d'une Maison Martin Matte à Trois-Rivières, un projet de résidence adaptée pour la clientèle avec un traumatisme crânien en Mauricie et au Centre-du-Québec.

---

# **PRÉSENTATION DU CIUSSS MCQ**



## MISSION, VISION, VALEURS

Le CIUSSS MCQ, créé au 1<sup>er</sup> avril 2015, est issu du regroupement de 12 établissements publics de santé et de services sociaux, de l'Agence de la santé et des services sociaux et de 2 établissements privés conventionnés de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec.

### Mission

Le CIUSSS MCQ a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité.

### Vision

Créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

### Valeurs

Respect	Engagement
Solidarité	Équité
Imputabilité	Transparence
Excellence, qualité et innovation	

## INSTALLATIONS

Le CIUSSS MCQ compte 127 installations de type CH, CLSC, CHSLD, services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille, services de réadaptation physique, services de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme ainsi que services de réadaptation en dépendance, réparties sur l'ensemble de son territoire. Vous pouvez y accéder à l'adresse suivante : [www.ciussmccq.ca](http://www.ciussmccq.ca)

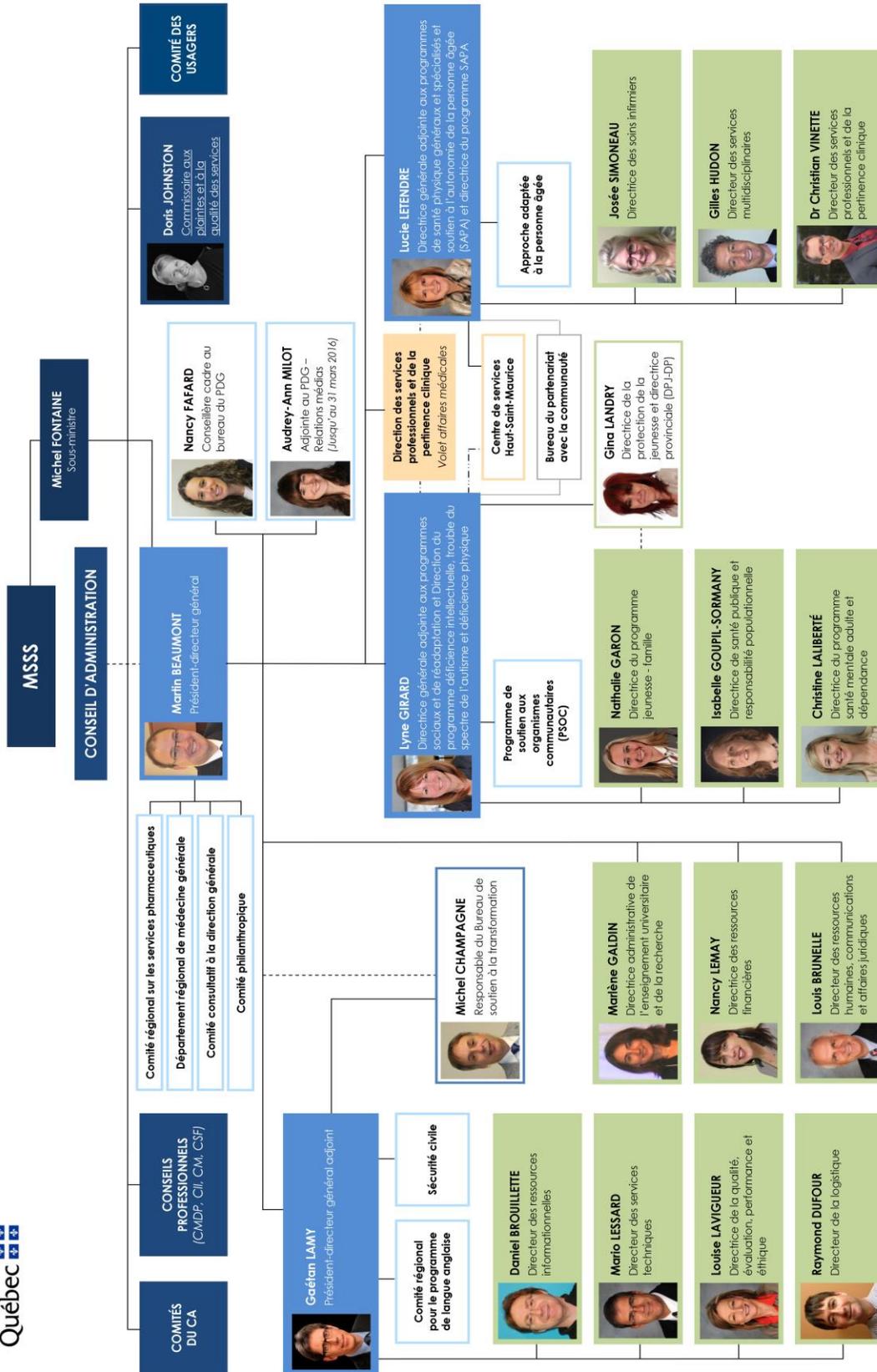
## SERVICES OFFERTS

Jeunesse-famille	Santé publique	Santé mentale adulte et dépendance	Déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP)
Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA)	Soins infirmiers	Services multidisciplinaires	Services professionnels (médicaux)

Vous pouvez consulter la liste détaillée des services offerts à l'Annexe II du présent document.

# PLAN D'ORGANISATION

## ENCADREMENT SUPÉRIEUR



Dernière mise à jour : 14 avril 2016

## PORTRAIT DES EFFECTIFS

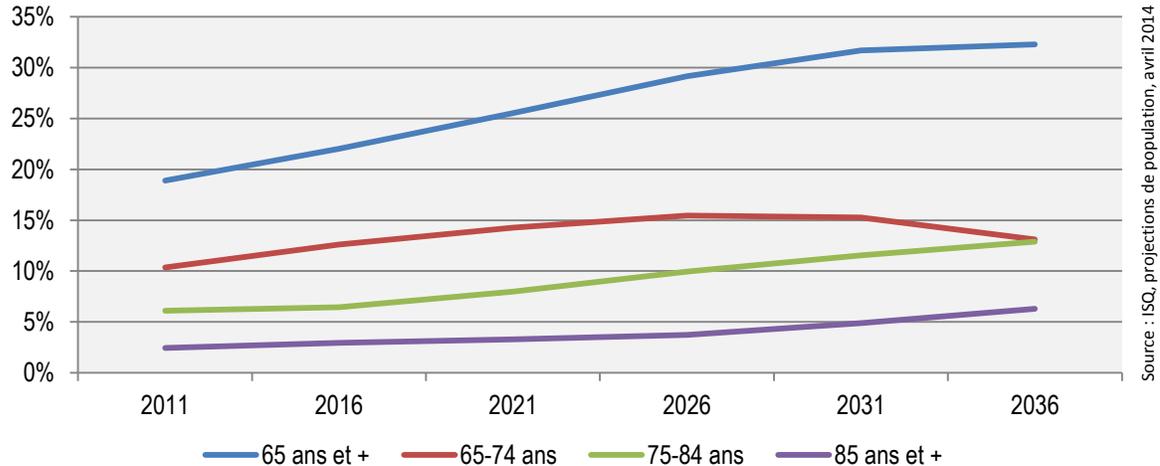
	2015-2016	2014-2015	Variation
<b>Personnel détenteur de postes</b>			
Personnel cadre (en date du 31 mars) :			
Temps complet, nombre de personnes (note 1)	459	597	(138)
Temps partiel (note 1)			
Nombre de personnes	19	29	(10)
Équivalents temps complet (note 4)	12,40	16,66	(4,26)
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	78	3	75
Personnel régulier (en date du 31 mars) :			
Temps complet, nombre de personnes (note 2)	7 233	7 511	(278)
Temps partiel (note 2)			
Nombre de personnes	4 534	4 702	(168)
Équivalents temps complet (note 4)	2 660,14	2 762,00	(101,86)
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	4		4
<b>Personnel non détenteur de postes (occasionnels)</b>			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	5 418 710	6 530 668	(111 958)
Équivalents temps complet (notes 3 et 4)	3 474,73	3 522,91	(48,18)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Note 1</b> : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi</li> <li>- <b>Note 2</b> : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi</li> <li>- <b>Note 3</b> : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)</li> <li>- <b>Note 4</b> : pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales</li> </ul>			

## POPULATION ET DONNÉES DE SANTÉ

### Le territoire et la population de la région

- Vaste territoire de près de 45 000 km<sup>2</sup>.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2015 est de 510 163 personnes :
  - Sur ce nombre, 17 % ont moins de 18 ans, 62 % ont entre 18 et 64 ans et 21 % sont âgées de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (18 %).
  - Une population de personnes âgées appelée à augmenter de 61 % d'ici 2036 pour passer de 109 043 à 175 258 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).

### Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus selon certaines catégories d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2011 à 2036

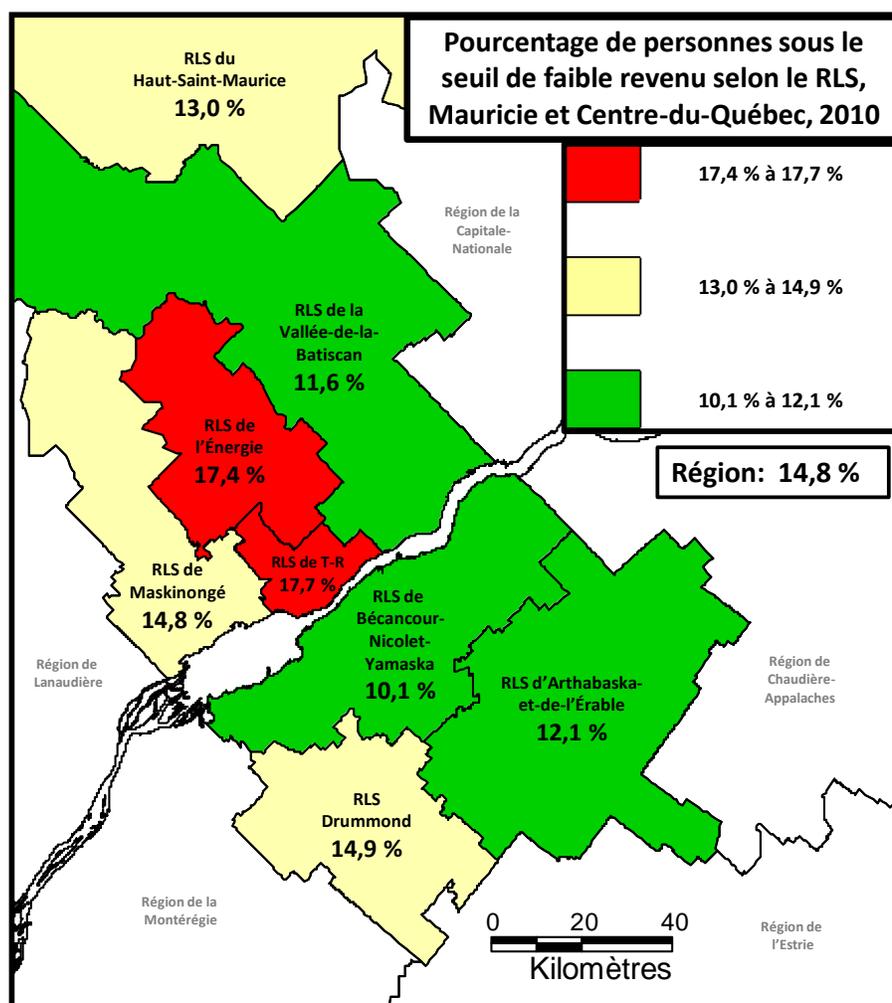


- La population ayant une identité autochtone représente près de 2 % de la population de la région (environ 8 750 individus). Près de la moitié habite le RLS du Haut St-Maurice pour représenter environ 28 % de l'ensemble de la population de ce territoire.
- Environ 1 % de la population utilise l'anglais comme langue maternelle. Plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC de Drummond et dans le territoire de Trois-Rivières.
- La population ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais représente 2 % de la population. Après les langues autochtones, l'espagnol est la langue non officielle la plus répandue.

### Les caractéristiques socioéconomiques<sup>1</sup>

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2011. La proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans est passée de 68 % à 82 % au cours de cette période, mais demeure inférieure à celle du Québec (85 %). La proportion de la population de 25 à 64 ans détenant un diplôme universitaire est passée de 10 % à 14 % au cours de la même période et demeure inférieure à celle du Québec (23 %). Ainsi, la population de la région est moins scolarisée que celle du Québec.
- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt est inférieure à celle du Québec (14,8 % contre 16,4 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent avec ce niveau de revenu (16,3 % contre 13,3 %).
- Le taux d'emploi demeure moins élevé que celui de l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).

<sup>1</sup> Les informations de cette section proviennent de l'Enquête nationale sur les ménages (ENM 2011). Données à interpréter avec prudence.



## Les habitudes de vie et les facteurs de risque en 2013-2014

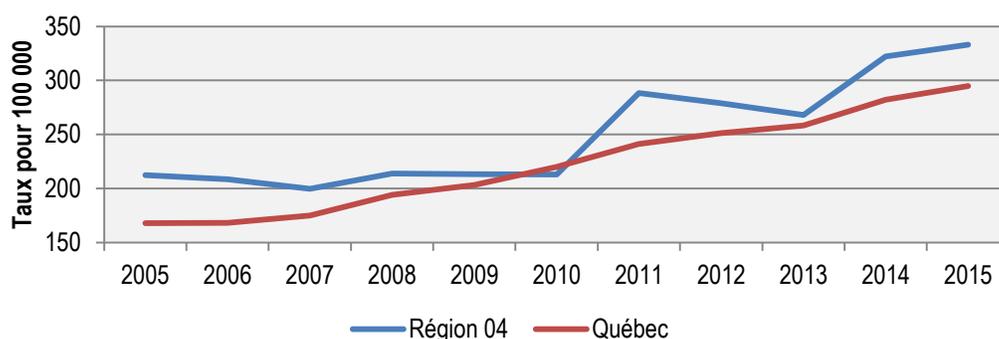
- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (20 % des 18 ans et plus contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est similaire entre les hommes et les femmes. Par contre, les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (41 % contre 28 %).
- Deux hommes sur trois (66 %) et une femme sur deux (49 %) ne mangeaient pas le minimum recommandé de cinq portions de fruits et légumes par jour.
- Au chapitre de l'activité physique de loisir, on observait que 37 % des adultes de 18 ans et plus étaient suffisamment actifs, 38 % étaient moyennement ou peu actifs, et 25 % étaient sédentaires.
- Du côté de la consommation d'alcool, environ le quart de la population âgée de 18 ans et plus consomme 5 verres ou plus à une même occasion au moins une fois par mois. Cette proportion est semblable à celle du Québec.

- On observe une proportion de 20 % de fumeurs actuels chez les personnes de 12 ans et plus de la région, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion a diminué depuis 2000-2001 (31 %).
- Dans le domaine de la sécurité à vélo, on observe que 29 % des cyclistes de la région porte le casque. Cette proportion est nettement moindre que celle des cyclistes du Québec (43 %).

## Les problèmes de santé en 2013-2014

- Une population de 12 ans et plus qui se percevait à 56 % en excellente ou en très bonne santé.
- La région comptait, 40 285 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 10 % de la population de ce groupe d'âge. À structure d'âge égale, la prévalence ajustée est inférieure à celle du Québec.
- Un pourcentage de 26 % de la population de 20 ans et plus présentait une hypertension artérielle diagnostiquée. La prévalence ajustée pour l'âge est inférieure à celle du Québec.
- Avec un taux d'hospitalisation de 144 pour 10 000 personnes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2012 à 2014. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (108 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (89 pour 10 000), des traumatismes et empoisonnements (86 pour 10 000) et des tumeurs (79 pour 10 000). Toutes ces causes, à l'exception des tumeurs, ont un taux d'hospitalisation significativement plus élevé que celui du Québec.
- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe. Une exception notable s'observe pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 154 pour 10 000 contre un taux de 88 pour 10 000 chez les femmes.
- Parmi les autres problèmes, les maux de dos constituent le premier problème de santé chronique (16 %) rapporté. Les autres problèmes de santé chroniques les plus répandus sont l'arthrite (11 %), ainsi que les problèmes liés à l'asthme (9 %).
- De façon générale, la région affiche une incidence pour la chlamydie génitale plus élevée que pour le Québec. En 2015, cette valeur s'élève 333 pour 100 000 contre 295 pour 100 000 pour le Québec.

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-années) de la chlamydie génitale, Mauricie et Centre du Québec et Québec, 2005 à 2015



Source : Fichier MADDO, 2005 à 2015

## Les problèmes de santé mentale en 2013-2014

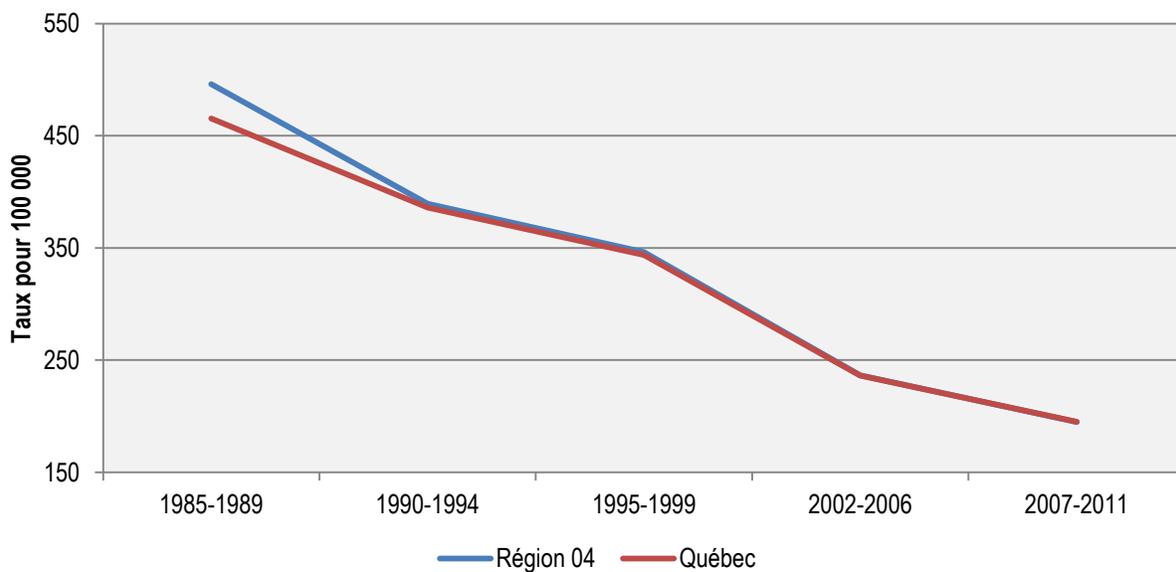
- 72 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable à celle du Québec.

- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).
- Le quart (25 %) des personnes de 15 ans et plus de la région éprouvent un stress quotidien élevé. Cette donnée est similaire à celle du Québec.
- 18 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (22 % contre 15 %).
- Une proportion de 6 % des personnes de 12 ans et plus présente des troubles d'anxiété diagnostiqués et 5 % des troubles de l'humeur. Ces problèmes coexistent souvent chez la même personne.
- Dans la région en 2008, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, se situe à 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.

## L'espérance de vie et la mortalité

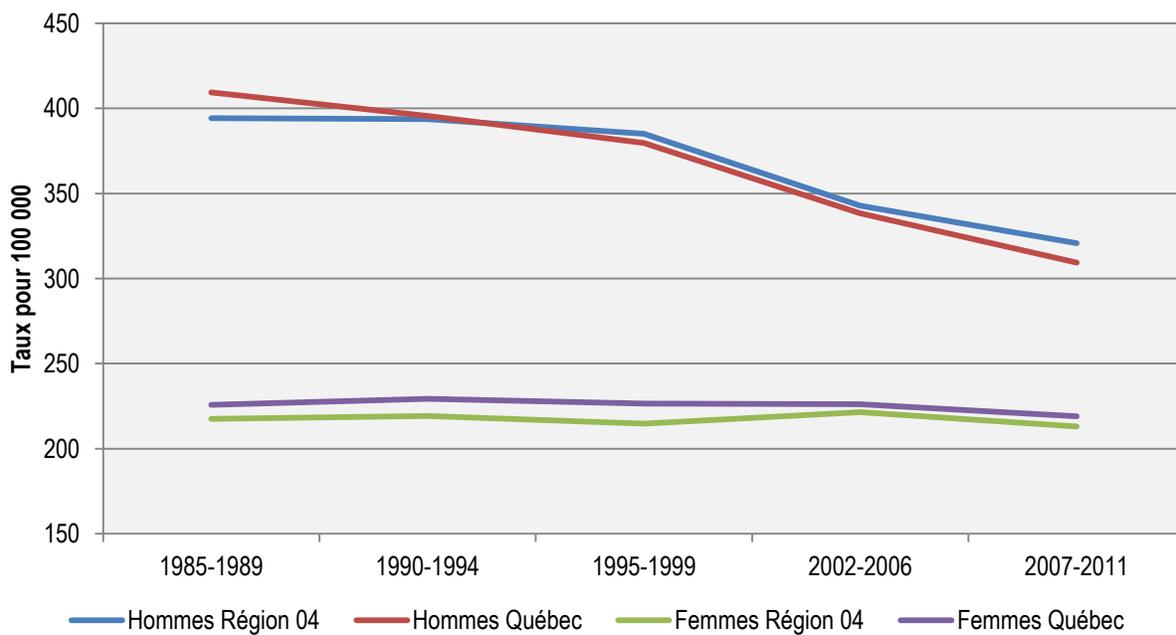
- L'espérance de vie a augmenté de 7 ans chez les hommes et de 3,4 ans chez les femmes entre les périodes 1982-1984 et 2009-2011, pour atteindre respectivement les valeurs de 78,7 ans et de 83,4 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.
- L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs au Québec à la défavorisation sociale et matérielle. En effet, les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés les plus favorisées. Au Québec, l'impact de la défavorisation sur l'espérance de vie est encore plus grand. Sur ce point, la différence chez les femmes n'est pas perceptible.
- On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années. Celui-ci est passé de 8,0 décès pour 1 000 naissances à 4,8 décès pour 1 000 naissances de nos jours.
- Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent, avec respectivement 32 % et 25 % des décès, les deux principales causes de mortalité pour la période couvrant les années 2007 à 2011. On observe ainsi :
  - Une décroissance, à l'instar du Québec, de la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire. Le taux ajusté de cette cause de décès est passé de 496 à 195 décès pour 100 000 personnes depuis la fin des années 1980.
  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer chez les hommes de la région entre la fin des années 1980 et la période 2007-2011. Chez les femmes, le taux ajusté de mortalité par cancer est demeuré stable pour la région, alors qu'il est en légère diminution chez les femmes du Québec.
  - Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer colorectal et du cancer du sein.

Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire par  
100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec,  
1985-1989 à 2007-2011



Source : MSSS, Fichier des décès, 1985 à 2011

Taux ajustés de mortalité par cancer par 100 000 personnes  
selon le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec,  
1985-1989 à 2007-2011



Source : MSSS, Fichier des décès, 1985 à 2011

- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Par contre, à l'instar de la situation québécoise, le taux de mortalité de la région a subi une diminution au cours des dernières années (de 24 pour 100 000 durant la période 1995-1999 à 19 pour 100 000 pour la période 2007-2011). Dans la région comme dans l'ensemble du Québec, le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Selon les données disponibles en 2008, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois dans la région, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, se situe à 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.
- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est plus important dans la région que dans l'ensemble du Québec (35 pour 100 000 contre 27 pour 100 000 pour 2007-2011). Ce taux élevé s'observe essentiellement chez les hommes, les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

## DÉSIGNATIONS UNIVERSITAIRES

La désignation universitaire du CIUSSS MCQ a été octroyée à l'organisation, car cette dernière répond à deux critères : (1) la présence d'un institut universitaire dans le domaine social soit, l'Institut universitaire en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA) et (2), la présence d'un programme complet d'études prédoctorales en médecine, soit le Campus mauricien, étant délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

La reconnaissance universitaire du CIUSSS MCQ constitue sans nul doute l'une des assises les plus importantes sur lesquelles l'organisation souhaite s'appuyer pour poursuivre son développement. Également, d'autres assises permettent à l'établissement de développer une culture scientifique et académique, tel que :

- La désignation universitaire à titre de Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAUR).

La désignation universitaire par le MSSS des services en DI-TSA et du CHAUR témoigne de la volonté et de la capacité du CIUSSS MCQ à :

- offrir des stages de qualité, soutenus par des équipes de professionnels dévoués qui ont à cœur la transmission de leurs savoirs et l'accompagnement de la relève de demain;
- se doter d'équipes de recherche performantes qui contribuent à des centaines de projet de recherche annuellement;
- évaluer les technologies et les modes d'intervention;
- contribuer au développement des pratiques de pointe, au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances.

### Les contrats d'affiliation

L'Institut universitaire en DI et en TSA est affilié à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

De plus, le CIUSSS MCQ peut compter sur des partenariats de qualité pour le développement de la relève médicale. En effet, l'établissement compte plusieurs contrats d'affiliation avec des facultés de médecine et de sciences de la santé qui sont les témoins de l'engagement du CIUSSS MCQ à développer les talents de demain : (1) Deux contrats d'affiliation avec la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Trois-Rivières et Shawinigan) et (2), Deux contrats d'affiliation avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé de Sherbrooke à Drummondville et Victoriaville, pour soutenir la formation médicale.

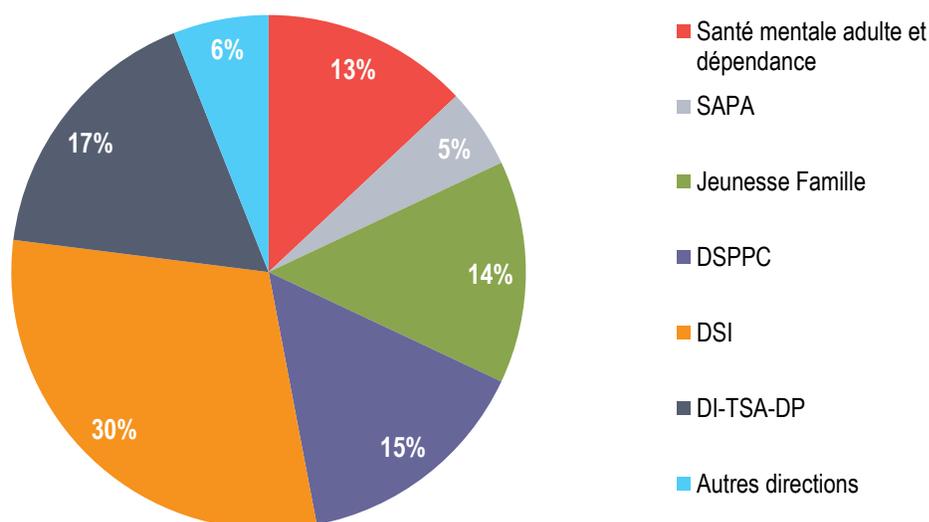
En résumé, l'organisation participe au développement des pratiques novatrices et des talents de demain pour assurer des services de haute qualité.

## Portrait de la recherche

Le CIUSSS MCQ a participé à 213 projets de recherche au cours de l'année 2015-2016 avec la contribution de 140 chercheurs en provenance de l'établissement et de différents partenaires de recherche. Ces projets sont actifs dans différents domaines tant sur la plan médical, clinique que psychosocial. Ces recherches permettent l'avancement des connaissances, l'amélioration des services, des traitements et des interventions, l'accès à de nouveaux programmes et outils ainsi que l'amélioration des conditions de vie de la population.

Ces projets de recherche se déroulent au sein des différentes directions de l'établissement, comme le démontre le graphique ci-dessous.

### Répartition des projets de recherche par direction



Sur les 213 projets actifs, la répartition des sources de financement est étendue. Les chercheurs réalisent des projets de recherche financés tant par les entreprises privées que par les fonds reconnus ou encore les fondations (fonds provinciaux et fédéraux, industrie privée, universitaire, fondation, fonds privés, CIUSSS MCQ, autres). Les essais cliniques dont le financement provient de l'industrie privée représentent une proportion intéressante parmi les sources présentes au CIUSSS MCQ, car elle donne à la clientèle du CIUSSS MCQ la possibilité de participer à des études cliniques dans différentes disciplines, notamment en oncologie, en cardiologie et en infectiologie. Par ailleurs, des projets de recherche en gestion de la performance ou en partenariat de soins et de services sociaux sont actuellement en développement.

La recherche de la performance et de l'innovation constitue un enjeu majeur pour le système de santé et de services sociaux québécois. Cette préoccupation constitue le cœur des travaux de collaboration en recherche de la Chaire IRISS de l'UQTR et du CIUSSS MCQ. En décembre 2015, une entente de collaboration et de partenariat a été signée entre les deux parties afin de favoriser le développement de la recherche et de la formation universitaire dans ce domaine, tout en maximisant l'impact des retombées des connaissances développées.

# INSTITUT UNIVERSITAIRE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Le CIUSSS MCQ détient une désignation universitaire en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA), soit l'Institut universitaire en DI et en TSA affilié à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). L'infrastructure de recherche reconnue par le Fond de recherche du Québec – Société et culture (FQRSC) est composée de 36 chercheurs réguliers en provenance de 7 universités et des chercheurs en établissement. Le thème central de la programmation de recherche est «Une société inclusive pour une participation citoyenne» avec trois axes de recherche :

- Axe 1 : Intervention précoce;
- Axe 2 : Compétences spécifiques, collaboration intersectorielle et identités professionnelles;
- Axe 3 : Contextes inclusifs et littératie.

Nombre de projets de recherche des chercheurs de l'Institut universitaire en DI-TSA	
En cours et terminés	68
En développement	28
<b>Total</b>	<b>96</b>

Publications des chercheurs de l'Institut universitaire en DI-TSA	
Articles scientifiques	42
Chapitres de livre et actes colloque	43
Communication à un congrès scientifique au Québec	77 (48 hors Québec)



---

# LE VRAI NORD : NOTRE RAISON D'ÊTRE



# ACCESSIBILITÉ

## L'accès priorisé aux services spécialisés

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) travaille en collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau depuis plusieurs années à améliorer l'accès aux services spécialisés pour la population québécoise.

La Direction des services professionnels et de la pertinence clinique a donc élaboré un cadre de référence de la gouvernance de l'accès aux services spécialisés afin de baliser les travaux et les actions à entreprendre en lien avec cette priorité organisationnelle.

En plus de la volonté du CIUSSS MCQ de rendre des comptes à la population de façon transparente, il est primordial d'instaurer une gestion proactive de l'accès, qui associe les actions à entreprendre avec la publication d'indicateurs pertinents afin de passer de l'explication à « l'explicAction ».

L'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés à la clientèle nécessitera l'effort et la participation de tous les intervenants du milieu. La cogestion médicale prend ici tout son sens et permettra aux équipes de bien évaluer la situation et de proposer des actions concrètes qui ne pourront qu'être bénéfiques pour tous.

Les travaux sont déjà amorcés afin de mettre en place le projet de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS). Il s'agit d'un projet d'envergure qui comporte deux grands chapitres, soit le déploiement de formulaires de demande de consultation harmonisés au plan provincial et la mise en place d'un centre de répartition des demandes de services (CRDS).

Le CRDS est un guichet unique pour les médecins référents. Ces derniers pourront y envoyer les demandes de service pour une première demande de consultation ou d'examen diagnostiques afin que celles-ci soient prises en charge pour l'ensemble du continuum de soins et ainsi permettre d'informer le médecin à chacune des étapes.

## L'accessibilité à la chirurgie

Les efforts pour améliorer l'accessibilité en chirurgie se sont poursuivis pour l'ensemble des installations du CIUSSS MCQ. D'ailleurs, la norme de 90 % des demandes réalisées dans un délai inférieur à 6 mois a été atteinte pour 5 catégories sur les 6 ciblées.

Arthroplastie totale de la hanche	98 %
Arthroplastie totale du genou	93 %
Chirurgie de la cataracte	98 %
Chirurgie d'un jour	96 %
Chirurgie hospitalisée	98 %
Chirurgie bariatrique	49 %

Malgré une cible non atteinte pour la chirurgie bariatrique, nous constatons tout de même une amélioration importante à la fin de l'année 2015-2016. En effet, au 31 mars 2016, la majorité des demandes « hors délai » pour cette catégorie de chirurgie étaient déjà planifiées. La cible devrait être atteinte pour le prochain exercice financier.

Grâce à un meilleur processus de planification chirurgicale, une diminution de 65 % du nombre de demandes en attente de plus de 6 mois est notée, passant de 467 au 31 mars 2015 à 162 au 31 mars 2016. Par ailleurs, le nombre de demandes en attente de plus de 12 mois est passé de 46 à 4 depuis le 31 mars 2015. De ce nombre, 2 étaient planifiées au cours des semaines suivantes.

En ce qui concerne la chirurgie oncologique, les cibles fixées par le MSSS sont les suivantes :

- 90 % des demandes traitées en moins de 28 jours;
- 100 % des demandes traitées en moins de 56 jours.

### Pourcentage des demandes de chirurgie oncologique traitées dans les délais pour le CIUSSS MCQ

	2014-2015	2015-2016
< 28 jours	78 %	82 %
< 56 jours	96 %	97 %

Malgré l'amélioration réalisée, le tableau du pourcentage des demandes traitées dans un délai de 28 et 56 jours en chirurgie oncologique nous démontre que nous devons redoubler d'efforts pour atteindre les cibles ministérielles fixées.

En collaboration avec les chirurgiens, un travail d'analyse a débuté afin de cibler les principales causes des délais et de revoir les processus. Les chirurgiens du CIUSSS MCQ sont informés périodiquement de l'état de leur liste d'attente et participent activement à la recherche de solutions concrètes pour tenter de se conformer aux balises fixées.

Par souci de transparence, le tableau de bord de l'état de l'attente en chirurgie est disponible sur le site Web du CIUSSS MCQ afin que la population de la région puisse y avoir accès.

### Guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO)

L'amélioration de la prise en charge et du suivi de la clientèle sans médecin de famille, particulièrement la clientèle vulnérable, représente encore à ce jour, un enjeu important pour la clientèle du CIUSSS MCQ. Le 25 mai 2015, le MSSS concluait une entente de principe avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) concernant l'amélioration de l'accès aux médecins de famille.

La mobilisation des médecins et l'accompagnement des usagers pour trouver un médecin de famille demeurent des fonctions incontournables qui doivent être assumées sur une base locale par les GACO à proximité tant des citoyens que des médecins de famille. Par l'entremise de l'implantation du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), la fluidité des références sera améliorée entre les usagers et les médecins de famille.

### Constats

- En mars 2016, 79 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est inscrite auprès d'un médecin de famille de la région, comparativement à 65 % en mars 2010. On observe ainsi une amélioration depuis quelques années. Néanmoins, la région éprouve encore des difficultés quant à l'accès aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne et les répercussions sont généralement plus marquées pour les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi médical régulier.

- Au 31 mars 2016, le RLS du Centre-de-la-Mauricie est passé de 77 % à 84 % et celui de Bécancour-Nicolet-Yamaska est passé de 85 % à 92 % représentant des hausses de leur taux de prise en charge de 7 % par rapport à l'année précédente.
- En 2015-2016, 18 169 personnes ont été inscrites à un GACO et plus de 67 %, soit 12 333 d'entre elles, ont été référées à un médecin de famille. Depuis la création des GACO en 2009, c'est 99 386 personnes qui ont été inscrites à un GACO et 67 309 d'entre elles qui ont été référées à un médecin de famille.
- En 2015-2016, 73 médecins de plus se sont inscrits pour prendre en charge la clientèle provenant du GACO de leur territoire. Près de 90 % des médecins participent au GACO.

## Info-Santé et Info-Social

L'année 2015-2016 marque le début de l'offre de service Info-Social à la population de l'Abitibi-Témiscamingue par la centrale de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Avec ce déploiement, il était important de préserver la performance du service en maintenant l'accessibilité et la qualité des services. Le service Info-Social a dépassé la cible attendue qui est de 90 % des appels répondus en moins de 4 minutes d'attente :

- Pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, 97 % des appels répondus l'ont été en moins de 4 minutes;
- Pour l'Abitibi-Témiscamingue, 98 % des appels répondus l'ont été en moins de 4 minutes.

Rappelons que le service Info-Social a reçu 34 361 appels, soit 32 593 en Mauricie et au Centre-du-Québec et 1 768 en Abitibi-Témiscamingue.

Le service Info-Santé quant à lui a dépassé la cible attendue par le MSSS. Le nombre d'appelants qui ont raccroché avant d'avoir pu parler à un intervenant s'est limité à 11 % pour l'année 2015-2016. Le MSSS limite les abandons à un maximum de 15 %. Il est à noter que 48 % des appelants ont reçu des conseils sans qu'il y ait une référence vers une autre ressource, 17 % ont été référés vers l'urgence et 15 % vers un médecin de famille. Rappelons que le service Info-Santé a reçu 175 915 appels.

### Répertoire des ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS MCQ a dépassé la cible attendue de 95 % des ressources mises à jour. Au 31 mars 2016, 97 % des ressources sont à jour. Rappelons que le Répertoire des ressources est utilisé par le personnel d'Info-Santé, d'Info-Social et la population en alimentant les portails santé-mieux-être. Les responsables des différentes missions CH, CHSLD, CLSC et CR utilisent les informations à travers différents actifs informationnels. De plus, 2 050 ressources doivent être mises à jour annuellement en Mauricie et au Centre-du-Québec.

## Services préhospitaliers d'urgence (SPU)

- Au cours de l'année 2015-2016, 48 597 transports ambulanciers ont été effectués, ce qui inclut les appels d'urgence provenant de la population et ceux provenant des différents centres hospitaliers de la région. Le Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec a également sollicité 2 873 demandes auprès des services de premiers répondants.
- Deux nouvelles municipalités se sont ajoutées au réseau de services de premiers répondants. La municipalité d'Aston Jonction a débuté ses services au printemps 2015 et la municipalité de Sainte-Gertrude (ville de Bécancour) a démarré son processus de mise en place d'un tel service. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte maintenant 36 services de premiers répondants et près de 300 premiers répondants.
- Quelques 85 jours de perfectionnement ont été offerts aux techniciens ambulanciers paramédics de la région.
- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité clinique globale de 87 % et un taux d'intégrité des rapports ambulanciers électroniques de 98 %.

- Huit journées de formation DEA-Police ont été données à l'École nationale de police du Québec située à Nicolet. Au total, ce sont 96 policiers qui ont reçu une formation sur l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé.

## Première ligne et urgences

Indicateurs	Résultats <sup>2</sup> 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats 2015-2016
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'Urgence en heures	13,44	12,00	P12 : 12,27
Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'Urgence est de moins de 2 heures	51,4	52,2	P12 : 53,4
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'Urgence est de moins de 4 heures	59,1	59,9	P12 : 61,4

Pour les trois indicateurs ci-dessus, les travaux en cours suite à la réalisation de l'audit sur l'applicatif SIURGE permettront d'avoir une lecture plus approfondie des résultats obtenus. L'impact devrait se faire sentir au cours de la prochaine année.

Déjà, les résultats au 5 avril 2016 surpassent légèrement l'engagement effectué pour l'année 2015-2016, et ce, même si les travaux viennent de débiter.

Pour les délais de prise en charge, l'application du cadre de GMF et l'arrivée de GMF-R devraient contribuer à diminuer ceux-ci, dégageant les médecins de l'urgence d'une partie de la clientèle classée moins urgente (P4-P5). L'atteinte de ce résultat dépend beaucoup de l'assiduité de la clientèle envers leur GMF et aussi de la prise en charge de la clientèle non inscrite par les GMF-R, plus particulièrement pour le Trois-Rivières métropolitain considérant le faible nombre de GMF.

## Programme de lutte contre le cancer

### Deux réaménagements des cliniques d'oncologie

Des réaménagements de deux cliniques d'oncologie ont été faits à l'été 2015 au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières et en octobre 2015 à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska de Victoriaville. Les nouveaux locaux permettent d'offrir aux usagers nécessitant des traitements de chimiothérapie, un environnement sécuritaire et mieux adapté à leurs besoins. De plus, l'aménagement de pharmacies satellites, à même les secteurs d'activités, optimise la préparation des traitements spécifiques à cette clientèle.

Grâce aux Fondations RSTR et de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, les usagers des cliniques d'hémo-oncologie ont bénéficié de l'ajout d'éléments favorisant l'intimité et une meilleure luminosité des aires d'accueil, d'attente et de traitement.

La clinique externe d'hémo-oncologie de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie a procédé à l'implantation des traitements de chimiothérapie, ceci permettant d'améliorer l'efficacité et de diminuer les délais d'attente lors de l'administration des traitements des usagers. L'intégration d'une équipe de bénévoles en oncologie à Shawinigan est également un franc succès.

<sup>2</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG.

### **Approche partenariat de soins**

Le Programme de lutte contre le cancer est très impliqué dans ce partenariat d'amélioration continue. Cette approche, centrée sur l'usager, prône l'intégration de ce dernier comme partenaire de soins au sein du Comité de coordination de cancérologie du CIUSSS MCQ et auprès des équipes traitantes.

### **Radio-oncologie**

Grâce à la Fondation de RSTR, l'arrivée d'un 4<sup>e</sup> accélérateur permet de donner des traitements complexes de façon beaucoup plus efficace et sécuritaire. L'appareil permet d'offrir aux usagers des traitements de haute technologie et d'une très grande qualité.

De plus, l'équipe de physiciens en radio-oncologie du CIUSSS MCQ participe à un projet pilote pour l'utilisation d'un système national d'information sur les incidents/accidents, volet radiothérapie. Cette base de données nationale a pour but de colliger collectivement les données des 48 centres de radiothérapie au Canada. Les travaux visent l'amélioration des processus et à assurer la qualité et la sécurité des prestations de services.

### **Registre québécois du cancer**

En 2015, les archivistes registraires en oncologie ont débuté la saisie complète des données pour le cancer du sein. Le but ultime visé par le registre est de permettre l'estimation des besoins en matière de prévention, de diagnostic et de soins de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

## **Politique de transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)**

Le CIUSSS MCQ a élaboré une politique afin de confirmer les orientations quant à l'hébergement institutionnel. Ce type d'hébergement est un service de dernier recours. En effet, suivant une hospitalisation, tous les moyens permettant d'éviter l'orientation d'une personne vers une ressource d'hébergement institutionnel doivent être tentés dont, en priorité, l'intensification des services dans le milieu de vie. Par contre, lorsque l'hébergement institutionnel constitue l'option indiquée, il est essentiel d'offrir à la personne un milieu de vie permettant de répondre à ses besoins selon les places disponibles au sein du territoire, et ce, dans les meilleurs délais.

La politique de « Transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de la clientèle ayant un niveau de soin alternatif ou ayant reçu son congé » a été adoptée et est fonctionnelle depuis mai 2015. Cette politique permet d'offrir aux usagers l'hébergement dans le milieu de vie correspondant à leurs préférences, et ce, parmi tous les centres d'hébergement du CIUSSS MCQ. Voici les principales données concernant les demandes d'hébergement CHSLD :

- Nombre d'admissions en centres d'hébergement en 2015-2016 : 881 demandes;
- Profils des résidents admis : 85 % profil Iso-SMAF 10 et + (atteinte mentale grave + aide AVQ + aide à la mobilité);
- Nombre de transitions dans un CHSLD en attente d'un premier choix : 24 transitions, ce qui représente 2,7 % des demandes d'admission. L'attente du résident pour son premier choix s'est faite dans un endroit de qualité et sécuritaire répondant aux besoins de la personne âgée;
- Contribution directe à l'amélioration de la fluidité des épisodes de soins : 864 jours non occupés en milieu hospitalier par des usagers en attente d'une place en hébergement.

## **Téléthrombolyse**

Afin de permettre aux usagers d'avoir accès aux traitements de la thrombolyse lors d'un AVC-AIT, et ainsi améliorer la qualité de vie post AVC en limitant les séquelles, le Haut Saint-Maurice (HSM) a mis en place la téléthrombolyse.

Ainsi, les personnes avec un AVC se présentant à l'urgence du HSM bénéficient du même traitement accessible dans d'autres emplacements du CIUSSS MCQ. Lors de son arrivée à l'urgence, le patient est immédiatement pris en charge par l'équipe et un contact est effectué avec un neurologue de garde du CHUM de Montréal via la téléconsultation. Ainsi, le neurologue est en mesure de visualiser le patient, il reçoit les résultats diagnostiques et discute avec le médecin de l'urgence afin de prendre la décision d'effectuer la thrombolyse. Si le patient répond aux critères, il reçoit le traitement par le personnel de l'urgence du HSM, et ce, en moins de 30 minutes suivant son arrivée à l'urgence.

Depuis le 8 juin 2015, la téléthrombolyse est disponible au HSM. En date du 31 mars 2016, trois usagers ont bénéficié de ce traitement. Chaque situation est analysée afin d'améliorer les processus et corriger immédiatement les lacunes identifiées.

### Projet Traumatisme crânio-cérébral léger (TCCL) sur la fatigue et le sommeil

Le projet « Systématiser l'évaluation des troubles de fatigue et de sommeil chez les TCCL et harmoniser l'intervention » a été retenu par le comité directeur de la recherche en traumatologie en septembre dernier. Le programme spécifique et spécialisé adulte en déficience motrice (DM) bénéficie donc d'une subvention pour implanter deux outils d'évaluation et deux stratégies d'intervention en lien avec les difficultés de sommeil/fatigue auprès de la clientèle TCCL au cours des deux prochaines années. Les principaux utilisateurs (ergothérapeutes et psychologues/neuropsychologues) recevront une formation visant à consolider leurs connaissances en regard des données probantes sur le sommeil et la fatigue ainsi qu'à développer les compétences à l'utilisation des outils ciblés en avril 2016. Le début de l'implantation et de son monitoring est prévu à la mi-avril.

### Traumatologie

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est fière de pouvoir compter sur un réseau de traumatologie bien organisé. En effet, des comités de coordination local et régional présents au sein des centres désignés en traumatologie assurent l'implantation des mesures prioritaires prévues dans le plan directeur régional en traumatologie ainsi que les recommandations relatives à l'agrément et à la désignation par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Le mandat de ces comités consiste à s'assurer que l'offre de service en traumatologie corresponde aux normes et standards recommandés. La revue de dossiers constitue un mécanisme d'assurance qualité de choix qui contribue à l'amélioration des pratiques.

Pour une 7<sup>e</sup> année consécutive, le colloque régional en traumatologie s'est tenu le 6 novembre 2015. Sous le thème *Continuer ou arrêter*, cet événement a connu un vif succès et a attiré près de 300 personnes provenant de plusieurs régions du Québec.

Centres désignés en traumatologie en Mauricie et au Centre-du-Québec	
Installation	Désignation
CHAUR	Centre secondaire régional
Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre secondaire
Drummondville	
Haut-Saint-Maurice	Centre primaire

## Don d'organes et de tissus

L'année 2015-2016 a été une année record en ce qui concerne le nombre de dons d'organes au Québec et dans notre région. En effet, 16 donateurs ont permis de sauver 53 vies en Mauricie et au Centre-du-Québec, comparativement à 9 donateurs l'année précédente.

Il est important de poursuivre le travail de sensibilisation auprès de la population et du personnel, puisque même si 24 personnes ont reçu une transplantation dans notre région en 2015-2016, la liste d'attente compte 45 personnes.

Au cours de la dernière année, le CIUSSS MCQ a poursuivi son entente de collaboration avec Transplant Québec. Cette entente consiste, entre autres, à :

- désigner une infirmière ressource au sein du Centre régional qui agit à titre de personne-ressource et de référence;
- maintenir un système de garde 24/7 d'infirmières en soutien au don d'organes;
- organiser des activités de formation et de sensibilisation auprès du personnel (ex. : orientation, collaboration à une formation avec l'Université du Québec à Trois-Rivières, présentation au Colloque régional de traumatologie de 2015);
- collaborer avec la coordonnatrice de Transplant Québec à la révision systématique de tous les dossiers des patients décédés à l'urgence, à l'unité coronarienne et aux soins intensifs ainsi qu'à l'organisation d'activités de sensibilisation et de formations conjointes;
- organiser des activités de sensibilisation (ex. : levée du drapeau à l'Hôtel de ville de Trois-Rivières, affiche du port enseigne (ruban vert géant) avec les feuillets « Signez-don »).

Statistiques relatives au don d'organes en Mauricie et au Centre-du-Québec 2015-2016	
Cibles	Résultats
Nombre de donateurs	16
Nombre d'organes transplantés au Québec	62 (à partir de 16 donateurs)
Nombre de personnes ayant eu une transplantation	24
Nombre de personnes sur la liste d'attente	45

## Santé publique et responsabilité populationnelle

L'année 2015-2016 fut celle des partenariats pour la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP). Plusieurs initiatives ont été réalisées en collaboration avec les municipalités, le milieu scolaire et le milieu communautaire. Toutes ces initiatives visent à prévenir la maladie, mais surtout à produire la santé. Elles ont aussi toutes en commun d'avoir permis d'offrir des services de qualité à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de permettre aux clientèles vulnérables un meilleur accès à des services préventifs.

Soulignons d'abord le projet pour mesurer le niveau d'habiletés motrices des enfants de 6 à 8 ans de la Mauricie, où nos enfants accusent un retard par rapport aux normes établies. Ce projet a permis de soutenir la création de milieux de vie pour combler ces retards. Il y a aussi la mobilisation avec le réseau scolaire pour permettre à 700 filles de 9 écoles secondaires du Centre-du-Québec d'être plus actives et de s'entraîner en prévision d'une course de 5 ou 10 km. Grâce à la collaboration du réseau, le programme *Fitclub* de l'organisme Fillactive est de plus en plus accessible. Ces jeunes filles acquerront de saines habitudes de vie pour longtemps.

Notons tout le travail pour la sécurité de notre clientèle en situation de vulnérabilité associée à des logements insalubres. Le projet *Ensemble et bien logé!*, développé avec le Consortium en développement social de la Mauricie, vise à soutenir les personnes vivant dans des logements insalubres. Il fait déjà des petits à travers la province et s'implantera progressivement au Centre-du-Québec, Victoriaville ayant été l'inspiration première du projet.

L'accès à une offre alimentaire saine dans les milieux municipaux a connu de belles avancées en partenariat avec les restaurateurs d'arénas et responsables d'événements. La mobilisation pour l'accès à des denrées alimentaires plus diversifiées et de qualité a aussi été au cœur de l'action de santé publique, notamment avec le programme de récupération de denrées dans les supermarchés auquel contribue la DSP-RP.

Enfin, la campagne Web *Soispasbete.ca*, qui permet d'obtenir facilement des condoms et facilite l'accès au dépistage des infections transmises sexuellement, a rejoint plus de 250 000 personnes via ses capsules vidéo et son site Web a été visité par plus de 30 000 personnes.

Le réseau de la santé a aussi connu de belles avancées cette année avec le soutien de la DSP-RP : une bonification des approches communautaires dans le soutien aux familles en situation de vulnérabilité issues du programme « Services intégrés en périnatalité et petite enfance », des cliniques jeunesse en milieu scolaire qui répondent désormais aux 23 objectifs recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, ainsi qu'une approche standardisée et uniforme des programmes de santé en milieu de travail pour que tous les employeurs et travailleurs aient accès à des services équitables et de qualité. La région a aussi terminé l'implantation, avec succès, du système d'information pour la protection en maladies infectieuses : une base de données qui améliorera la surveillance et l'intervention en vaccination et ultimement, la sécurité vaccinale sera accessible.

Enfin, toutes ces actions reposent sur une vision commune de l'action en prévention et en promotion de la santé par les directeurs et dirigeants du CIUSSS MCQ. Deux documents porteurs sont désormais adoptés par l'établissement : le *Cadre de référence en responsabilité populationnelle* et les *Orientations en développement des communautés*. Ces deux documents rappellent à tous les intervenants du CIUSSS MCQ l'importance de travailler avec les populations et les partenaires locaux pour produire la santé.

## Transformation de l'organisation des services pour la clientèle en DI et en TSA 0-21 ans

La création du CIUSSS MCQ, a permis de revoir l'organisation des services pour la clientèle 0-21 ans présentant une DI ou un TSA avec ou sans déficience physique associée. Le Rapport Langlais (2012), ainsi que le Protecteur du citoyen (2013) soulevaient déjà, avant le projet de loi 10, des situations problématiques de continuité des services, les longs délais d'attente pour l'obtention d'un diagnostic et l'absence d'intervention précoce.

Ces constats ainsi qu'une vaste consultation auprès des équipes, ont permis à l'établissement de structurer un nouvel organigramme DI-TSA-DP, 0-7 ans et 8-21 ans, qui positionne les jeunes et leurs familles au cœur d'organisation de services communs. Il est important de mentionner que, pour les enfants 0-7 ans présentant un retard global de développement, un TSA avec hypothèse ou diagnostic provisoire ou un trouble de la communication sociale, le développement d'un modèle d'offre de services intégrés DI-TSA-DP (services spécifiques et spécialisés) permettra une précocité de l'intervention et la contribution d'équipes interdisciplinaires répondant plus adéquatement aux réels besoins des jeunes et de leurs familles.

Par ailleurs, un projet d'accueil, évaluation et orientation (AEO) centralisé DI-TSA-DP ainsi que deux autres projets d'amélioration continue sont en démarrage : « Optimiser l'organisation des services du programme DI-TSA-DP auprès des enfants 0-7 ans, lors des 6 premiers mois suite à la décision de l'AEO afin d'intervenir plus précocement sur leur développement » et « Revoir les services offerts aux enfants 0-7 ans présentant un trouble de la communication afin de favoriser l'intervention ayant un impact sur le fonctionnement dans les habitudes de vie ».

Ces travaux sur la trajectoire de services permettront de redessiner le contour de l'offre de service avec les collègues du programme jeunesse afin de bien cerner les services ainsi que les rôles et responsabilités dispensés par chacun tout au long du continuum de services.

### **Groupes préscolaires DI-TSA**

Pour l'année 2015-2016, quatre groupes préscolaires DI-TSA ont été mis en place à Shawinigan, à Victoriaville (2 groupes) et à Drummondville, ce qui a permis à 15 enfants de bénéficier de services en éducation spécialisée, en ergothérapie et en orthophonie pour une durée de 12 rencontres.

### **Résidence à assistance continue (RAC) St-Jacques et Les appartements St-Louis**

L'intégration d'une station visuelle pour ces deux milieux résidentiels a permis de suivre mensuellement l'évolution de différents objectifs au plan d'action. À ce jour, cinq usagers bénéficient d'une démarche en analyse multimodale conformément au programme en trouble grave du comportement (TGC). Des formations centrées sur les besoins et diagnostics des usagers, une plus grande collaboration avec les partenaires de la santé, un travail interdisciplinaire ainsi qu'une meilleure analyse des environnements physiques ont contribué à réduire les risques d'agressions dans les milieux. En ce sens, les accidents de travail en lien avec des agressions ont diminués de 63 % pour les appartements St-Louis et de 80 % pour la RAC St-Jacques (période de septembre 2015 à mars 2016).

Un mini-sondage mensuel permet d'évaluer un niveau de satisfaction générale en lien avec le climat de travail se situant à 80 % pour les appartements St-Louis et de 79 % pour la RAC St-Jacques.

Un travail de concertation entre les différents intervenants dans le milieu a permis de mettre fin à trois mesures de contrôle pour deux usagers à la RAC St-Jacques. Un réaménagement de l'environnement aux appartements St-Louis a permis d'augmenter la capacité d'accueil pour un usager de plus. Au cours de l'année 2015-2016, en lien avec des relocalisations, quatre nouveaux usagers ont pu intégrer la RAC St-Jacques alors que les appartements St-Louis ont accueilli deux nouveaux usagers.

### **Services résidentiels spécialisés SII-TGC et Les appartements Fleury en 2015-2016**

Le service d'intervention intensive en trouble grave du comportement (SII-TGC) a été particulièrement touché par une réorganisation complète de son organisation du travail. Des modifications ont été réalisées afin d'augmenter l'implantation du programme TGC, tel que défini dans le guide de pratique. Voici quelques exemples des moyens retenus pour actualiser le changement :

- L'ajout de deux psychoéducateurs en suivi clinique;
- La modification de l'horaire de travail des employés permettant des mécanismes de gestion clinique stables (rencontres interdisciplinaires, monitoring des interventions et rencontres d'équipe élargie);
- La réalisation d'exercices sur les rôles des différents acteurs œuvrant dans le service.

L'établissement récolte aujourd'hui les fruits de ces changements, soit l'implantation complète du programme TGC au profit de l'ensemble des usagers du service. De plus, une évaluation de l'indice relatif de bonheur au travail (IRBT) a été effectuée pour le SII et les résultats démontrent une nette augmentation après l'implantation de la nouvelle organisation de services.

Du côté des appartements Fleury, on observe une augmentation de l'implantation du programme TGC auprès de la clientèle.

Finalement, il faut souligner le fait que les deux services combinés ont affiché un taux de renouvellement de sa clientèle pour l'année dernière de près de 54 %, ce qui permet donc à plus d'usagers de bénéficier d'un service résidentiel spécialisé, et ce, en conformité avec leur mission.

## Services de santé primaire et gestion des maladies chroniques

### Services ambulatoires de santé primaires

Les soins de santé primaires doivent être envisagés, à la fois comme une philosophie d'intervention et comme une stratégie globale de promotion pour favoriser l'autogestion et préserver la santé des gens. Conséquemment, les soins de santé primaire occupent une double fonction au sein du système de soins de santé. D'abord, une fonction de prestation directe de services de premier contact (par des fournisseurs comme les médecins de famille, les infirmiers cliniciens ou praticiens, etc.). Ensuite, une fonction de coordination qui assure la continuité et la facilité de mouvements à travers tout le système afin que les soins restent unifiés lorsque les patients nécessitent des services spécialisés. Plusieurs projets augmentant l'accessibilité aux services de santé primaires ont eu cours sur l'ensemble du territoire au cours de la dernière année. En voici quelques exemples :

- **Clinique Acokan à La Tuque**

Le constat de la faible consommation des services du Haut Saint-Maurice par la population autochtone est attribué à l'approche et au lieu de dispensation des services. La clinique Acokan est une clinique de proximité s'adressant aux autochtones en milieu urbain. Elle est le résultat d'un partenariat entre le CIUSSS MCQ et le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT). Le terme Acokan signifie « pont » en français, soit l'établissement d'un lien afin d'améliorer la santé des peuples des Premières Nations et celle des Inuits.

Depuis le 19 mars 2015, une infirmière clinicienne du CIUSSS MCQ travaille dans les locaux du Centre d'amitié autochtone de La Tuque. La prévalence des maladies chroniques et les données concernant l'utilisation des services de prévention ont guidé le choix des axes d'intervention pour la première année. Les actions de l'infirmière à la clinique sont principalement en lien avec les maladies chroniques. Elle accueille et facilite l'accès aux services, ainsi que le suivi post visite des usagers du Haut Saint-Maurice. Elle soutient également les intervenants du CIUSSS MCQ dans l'adoption d'une approche culturellement adaptée et sécurisante.

Cette année, il y a eu 256 visites différentes et 9 activités de prévention auxquelles ont participé 125 personnes. Une formation à la culture autochtone a été offerte à 42 intervenants ainsi qu'à 12 médecins.

- **Suivi de la clientèle orpheline présentant une hypertension artérielle avant la prise en charge médicale dans le réseau local de services (RLS) de Bécancour-Nicolet-Yamaska**

La mise en place de ce projet visait l'amélioration de l'accessibilité, la continuité, la qualité des soins et les services à la population et, de façon plus particulière, à assurer le suivi des usagers inscrits au GACO répondant aux critères de sélection et demeurant dans le secteur Nicolet. Ce projet visait aussi à expérimenter un mécanisme de prise en charge temporaire (3 à 6 mois) des usagers présentant un diagnostic d'hypertension artérielle ou une pression artérielle (PA) en dehors des valeurs cibles, par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL), une infirmière clinicienne et un médecin partenaire. Cette prise en charge temporaire permet l'évaluation précoce, le suivi et des interventions structurées favorisant la stabilisation de l'état de santé, le changement des habitudes de vie et l'autogestion de la maladie par les usagers. Au moment du transfert de l'utilisateur dans un GMF, le médecin ou l'IPS-SPL assigné au GMF poursuit le suivi en cours.

Après un an, les objectifs du projet sont atteints, soit d'assurer la prise en charge de la clientèle orpheline présentant une hypertension artérielle (afin de prévenir ou de diminuer les risques de maladies cardiovasculaires) et d'assurer un suivi ambulatoire rigoureux dans un continuum de soins et de services du

RLS Bécancour-Nicolet-Yamaska et de ses GMF. À cet effet, 82 % des usagers répondant aux critères d'admissibilité ont été rejoints. Au total, 31 usagers sur 38 ont adhéré au projet et 7 ont refusé d'y participer.

Les résultats démontrent également que la collaboration interdisciplinaire est au cœur de ce projet. Relativement à cela, il faut souligner que l'IPS-SPL a travaillé étroitement avec plusieurs intervenants et partenaires dont des groupes ou programmes de prévention des maladies chroniques.

De plus, l'enseignement reçu par les divers professionnels a favorisé, dans 55 % des cas, l'autogestion par les usagers de leur maladie de même que le maintien des saines habitudes de vie. Telle que visée par le projet, la prise en charge par l'IPS-SPL et le médecin partenaire a permis d'initier ou d'ajuster la médication en cours. Ces interventions ont probablement contribué à une diminution au recours à l'urgence.

- **Nouvelle offre de service clinique de première ligne pour le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable**

Depuis le 29 février dernier, une toute nouvelle offre de service clinique a été déployée sur le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Dorénavant, pour tout problème de santé mineur, la population est invitée à appeler d'abord à la clinique de son médecin de famille plutôt que de consulter au CLSC de l'Érable. Pour répondre aux besoins de la clientèle, mais également à ceux des personnes qui n'ont pas de médecin de famille, la Clinique médicale de Plessisville offre un nouveau service de consultation de dernière minute. Ce nouveau service propose de nombreux avantages à la population, notamment plus d'heures d'ouverture, moins d'attente, des services adaptés aux besoins de santé, ainsi que la possibilité d'obtenir un rendez-vous de soir et de fin de semaine. En effet, la population peut maintenant bénéficier d'une meilleure accessibilité aux services, car les plages horaires sont augmentées comparativement à ce qui était antérieurement offert au CLSC ainsi qu'à la clinique médicale. Pour l'ensemble du territoire, les heures d'ouverture sont doublées de soir et de fin de semaine. Et plus besoin de se déplacer et de patienter : la population peut dorénavant appeler pour obtenir un rendez-vous de 7 h 30 à 17 h du lundi au vendredi.

Cependant, la population du territoire de l'Érable doit maintenant se déplacer vers l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, au CLSC de Fortierville ou à la Clinique radiologique des Bois-Francs de Victoriaville pour obtenir des services de radiologie. Un comité santé MRC Érable, composé de représentants de la municipalité, du comité des usagers, de la MRC, du CIUSSS MCQ et de la clinique médicale, a été créé pour assurer le suivi de cette transformation. Ainsi, la population du territoire doit donc modifier ses habitudes de consommation de services, ce qui exige du temps et l'actualisation d'une vaste campagne d'information. Il est donc trop tôt pour apprécier les effets réels de cette transformation. Cependant, du 6 au 31 mars 2016, une augmentation de 118 % des demandes de services à l'hôpital de jour pour des examens devant être effectués le jour même a été notée. Et la moyenne d'usagers/jour en provenance de la MRC de l'Érable s'est élevée à 4 usagers/jour, soit 25,3 % des demandes reçues.

- **Accueil de réfugiés syriens**

Dès le début du mois de novembre 2015, toute une équipe s'est mobilisée afin de planifier et préparer l'accueil de réfugiés syriens au sein des trois villes d'accueil désignées que sont Drummondville, Victoriaville et Trois-Rivières. Ces personnes qui ont fui des conflits humanitaires, des crises sociales, des guerres civiles, ont laissé derrière eux leur famille, leurs amis et tout ce qu'ils possèdent. Leur arrivée au Québec comporte aussi son lot de difficultés, à commencer par les différences linguistique et culturelle. En collaboration avec les cliniques de santé des réfugiés, des équipes d'intervenants psychosociaux, des infirmières et des médecins se sont impliquées afin d'offrir une évaluation de la santé et du bien-être des réfugiés. Entre les mois de janvier et mars 2016, 150 personnes ont été rencontrées dès leur arrivée dans leur ville d'accueil respective. Suite à une analyse sommaire de leurs besoins psychosociaux et de santé, une rencontre d'information leur était proposée dans le but de se familiariser avec le réseau de la santé et des services sociaux et les lois, droits et obligations en vigueur au Québec. Au cours des premières semaines suivant leur arrivée, une évaluation de bien-être et de santé est aussi réalisée afin d'orienter vers les ressources appropriées les personnes présentant des besoins. Tous les réfugiés syriens accueillis à

Drummondville, Trois-Rivières et Victoriaville au cours de ces semaines ont pu être rencontrés dès les premiers jours de leur arrivée. De plus, afin de protéger les nouveaux arrivants contre les maladies infectieuses, 133 adultes et enfants ont reçu les vaccins recommandés par le Programme d'immunisation du Québec. Le CIUSSS MCQ poursuit ses activités d'accueil en concertation avec les organismes d'accueil de réfugiés de la région.

## Programme jeunesse-famille

En jeunesse, le plan d'organisation est structuré en continuums de services de santé et bien-être. Par exemple, le continuum jeunes en difficulté et santé mentale comprend l'ensemble des programmes, qu'il s'agisse de services de base ou spécialisés, notamment en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Cette organisation de services, mise en place en fin d'année, permet d'augmenter l'accessibilité et la fluidité des services offerts.

Services aux jeunes en difficulté suivis en vertu de la LSSSS	
Nombre d'usagers inscrits au programme « Jeunes en difficulté »	Nombre d'interventions – jeunes (0-18 ans)
<b>10 641</b>	<b>58 418</b>

### Les jeunes en centres de réadaptation

Dès l'entrée scolaire, un programme d'habiletés sociales est offert en collaboration avec le personnel enseignant. Les résultats démontrent une diminution des retraits de classe de 80 % et une meilleure capacité des jeunes à résoudre leurs difficultés.

### Périnatalité

Une nouvelle clinique pédiatrique Les Amis d'Elliot - Desjardins fier compagnon, en partenariat avec la Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska, a vu le jour le 16 novembre 2015. Celle-ci offre des soins et services intégrés et accueille en moyenne 40 enfants chaque jour.

Afin de permettre aux femmes de la région de Drummondville de bénéficier d'un suivi de grossesse avec une sage-femme à proximité de leur domicile, un point de service est accessible au CLSC depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. D'ailleurs, le premier accouchement en centre hospitalier, sous les soins d'une sage-femme, a eu lieu le 7 janvier 2016.

Nombre d'accouchements avec sage-femme selon le lieu d'accouchement comparatif		
	2014-2015	2015-2016
Accouchements en maison de naissance	118	130
Accouchements à domicile	60	63
Accouchements en CH sous les soins d'une sage-femme	11	12
Accouchements en CH et transfert au médecin	61	83
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>288</b>

Nombre de naissances dans la région par ancien CSSS	
	2015-2016
Hôpital Sainte-Croix	1 073
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	1 057
Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR)	1 739
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	600
CSSS du Haut-St-Maurice	104
<b>TOTAL</b>	<b>4 573</b>

## La protection de la jeunesse

Le service de la rétention et du traitement des signalements (RTS) et le programme de vérification complémentaire terrain (VCT) s'inscrivent dans les activités d'enquête de la Directrice de la protection de la jeunesse (DPJ). Dès la réception d'un signalement, celle-ci doit juger de la présomption de compromission. Dans le cas d'une réponse affirmative, il y a lieu de retenir un signalement pour évaluation.

Une tournée des professionnels a été amorcée en novembre 2015 sous la responsabilité de la DPJ. Toutes les équipes qui œuvrent en protection de la jeunesse ont été rencontrées afin de réviser l'ensemble des motifs qui donnent lieu à l'application de cette loi d'exception.

Le comité de travail sur la clarification du projet de vie est demeuré actif toute l'année en permettant d'établir des orientations spécifiques à la clientèle vulnérable, notamment en contexte de négligence. Un guide de pratique concernant les visites supervisées est en voie de déploiement auprès des équipes du continuum jeunes en difficulté et santé mentale jeunesse.

L'organisation du service regroupé du guichet centralisé LPJ et du guichet d'accès aux programmes-services LPJ-LSJPA-LSSSS a permis d'optimiser la révision des rôles des professionnels ainsi que l'amélioration de la mécanique associée à l'accès aux programmes services. Ce regroupement permettra une meilleure fluidité d'accès ainsi qu'une vigilance sur la présence du bon programme-service au bon moment dans l'intérêt de l'enfant et de son maintien en milieu familial.

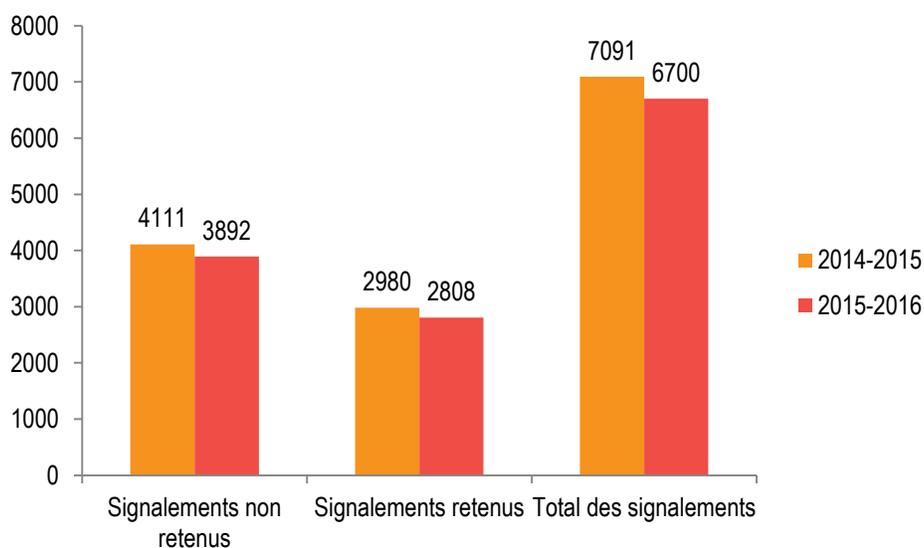
Enfin, un comité de travail regroupant des acteurs clés de la trajectoire de services du continuum jeunes en difficulté et santé mentale jeunesse se penche sur toutes les initiatives gagnantes ainsi que sur les programmes novateurs en lien avec l'accessibilité, la fluidité et la qualité des services.

Volume des usagers en protection de la jeunesse			
	2014-03-31	2015-03-31	2016-03-31
En attente d'évaluation	88	75	166
En cours d'évaluation	274	367	325
En cours d'orientation	282	205	275
En attente d'application des mesures	12	26	18
En application des mesures	2 030	2 071	2 090
<b>Volume des usagers</b>	<b>2 686</b>	<b>2 744</b>	<b>2 874</b>

Signalements traités durant l'année				
	2014-2015		2015-2016	
	Nb	%	Nb	%
Signalements non retenus**	4 111	58 %	3 892	58,1 %
Signalements retenus	2 980	42 %	2 808	41,9 %
<b>Total des signalements</b>	<b>7 091</b>	<b>100 %</b>	<b>6 700</b>	<b>100 %</b>
Nombre d'info consultation	6 699		7 459	

\*\* Note : Les signalements qui n'ont pas été retenus sont reliés à l'insuffisance des faits relatés ou aux moyens mis en place par les parents.

### Nombre de signalements traités, retenus et non retenus

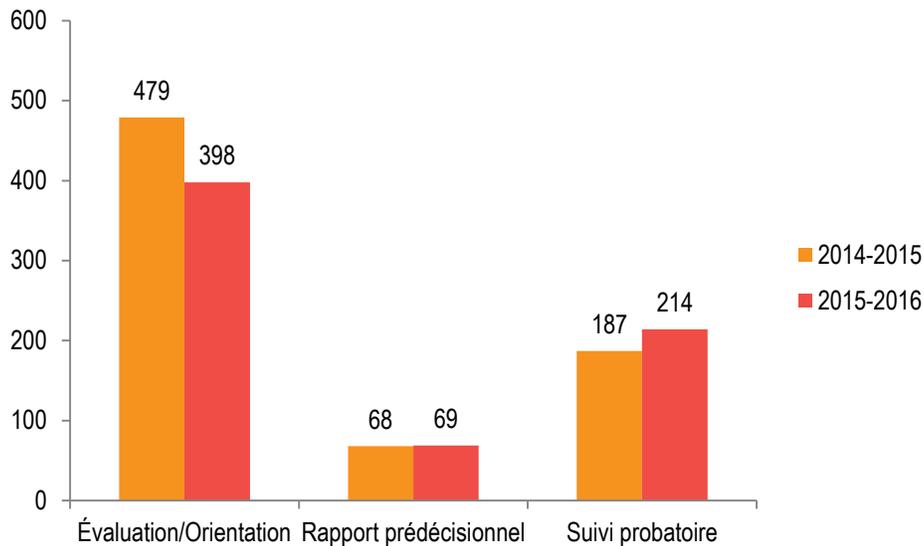


Source des signalements				
	2014-2015		2015-2016	
	Nb	%	Nb	%
<b>Milieu familial</b>				
Parent	976	13,8 %	992	14,8 %
Fratrie	298	4,2 %	328	4,9 %
Enfant lui-même	48	0,7 %	29	0,4 %
Conjoint du parent	94	1,3 %	64	1,0 %
<b>Sous-total</b>	<b>1 416</b>	<b>20,0 %</b>	<b>1 413</b>	<b>21,1 %</b>
<b>Employés des différents organismes</b>				
Employé d'un CJ	780	11,0 %	887	13,2 %
Employé d'un CSSS	734	10,4 %	762	11,4 %
Employé d'un CH ou médecin	275	3,9 %	348	5,2 %
Employé d'un milieu de garde	90	1,3 %	51	0,8 %
Employé d'un organisme	428	6,0 %	419	6,3 %

Source des signalements				
	2014-2015		2015-2016	
	Nb	%	Nb	%
Famille d'accueil	11	0,2 %	13	0,2 %
Autres professionnels	33	0,5 %	17	0,3 %
<b>Sous-total</b>	<b>2 351</b>	<b>33,2 %</b>	<b>2 497</b>	<b>37,3 %</b>
<b>Milieu scolaire</b>				
Milieu scolaire	1 019	14,4 %	942	14,1 %
Milieu policier	1 386	19,5 %	1 158	17,3 %
<b>Sous-total</b>	<b>2 405</b>	<b>33,9 %</b>	<b>2 100</b>	<b>31,3 %</b>
<b>Communauté</b>				
Voisins	827	11,7 %	627	9,4 %
Autres personnes	92	1,3 %	63	0,9 %
<b>Sous-total</b>	<b>919</b>	<b>13,0 %</b>	<b>690</b>	<b>10,3 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7 091</b>	<b>100,0 %</b>	<b>6 700</b>	<b>100,0 %</b>

Évaluations terminées par problématique		
Problématique	2014-2015	2015-2016
Abandon	7	1
Abus physique	497	540
Abus sexuel	169	156
Troubles de comportement sérieux	303	237
Négligence	1 422	1 385
Mauvais traitements psychologiques	330	316
<b>TOTAL</b>	<b>2 728</b>	<b>2 635</b>
<b>Adoptions d'enfants québécois réalisées en cours d'année</b>		
Enfants adoptés au Québec	38	32
<b>Recherches d'antécédents réalisées et terminées durant l'année</b>		
Services recherche antécédents réalisés	89	105
<b>Retrouvailles réalisées et terminées durant l'année</b>		
Services retrouvailles réalisés	74	46
<b>Nombre d'évaluations/orientations réalisées LSJPA</b>		
Nbre d'éval / orientation	479	398
<b>Rapport prédécisionnel</b>		
Nbre de rapports	68	69
<b>Suivis probatoires</b>		
Suivis probatoires	187	214

**LSJPA**  
**Évaluation/Orientation, Rapport prédécisionnel et suivi probatoire**



Nombre d'utilisateurs placés par type d'hébergement			
	2014-03-31	2015-03-31	2016-03-31
Postulant famille d'accueil de proximité (PFAP)	218	87	94
Famille d'accueil de proximité (FAP)	2	134	160
Ressource de type familial (RTF)	872	822	840
<b>TOTAL</b>	<b>1 092</b>	<b>1 043</b>	<b>1 094</b>

### Itinérance et santé mentale

En décembre 2014, le gouvernement du Québec lançait officiellement son Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 : « Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance ». Ce Plan d'action s'appuie sur une stratégie intégrative des interventions visant les personnes en rupture sociale, en itinérance ou à risque de le devenir.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a réalisé deux projets pilotes, l'un relatif à l'adaptation du système judiciaire pour les personnes itinérantes vivant des problèmes de santé mentale et un autre visant à mieux orienter les personnes en rupture sociale vers les services du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESSS) ou du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pouvant le mieux répondre à leurs besoins.

Ce projet, réalisé à la grandeur de la Mauricie, a permis d'unifier les efforts d'intervenants des six centres locaux d'emploi (CLE) et de cinq équipes de soutien d'intensité variable (SIV) de la région, afin d'identifier les problèmes, les ruptures de services, etc. entre les deux réseaux. L'objectif de base de cette expérimentation était de résoudre les difficultés et embûches vécues par les personnes aux prises avec un problème de santé mentale afin de corriger ces problèmes et améliorer la trajectoire de services. Après deux ans, force est de constater que ce projet a été très pertinent en permettant de mieux définir les corridors de services vers le réseau de la santé ou celui de l'intégration

au travail, et d'améliorer la connaissance des intervenants par rapport aux services disponibles dans les deux réseaux et les mécanismes d'accès à ceux-ci.

## Vers un tribunal adapté

L'année 2015-2016 a permis de procéder à la mise en place du projet pilote « Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) de Trois-Rivières » dont l'objectif général est d'adapter le traitement judiciaire des personnes présentant des indices de problématiques en santé mentale par le biais d'une prise en charge globale et partagée par les intervenants du milieu judiciaire et social. Ce projet est le fruit du comité directeur régional de Trois-Rivières, qui a le mandat de la coordination intersectorielle en itinérance. Le PAJ-SM s'est concrétisé grâce à une concertation soutenue de l'ensemble des acteurs du milieu judiciaire et social. Au mois de novembre dernier, une agente de liaison du CIUSSS MCQ a été mandatée afin de coordonner le déploiement du programme sous la forme d'un projet pilote. Le modèle de Trois-Rivières s'est inspiré des autres modèles PAJ-SM existants au Québec et, en particulier, celui du PAJ-SM de la région des Laurentides.

Une tournée d'information auprès des intervenants des milieux judiciaires et sociaux s'est amorcée au mois de janvier dernier et ce projet a également fait l'objet d'une présentation le 29 mars 2016 devant le comité provincial en santé mentale à l'École nationale de police du Québec, où tous les corps policiers du Québec y sont représentés. La Sécurité publique de Trois-Rivières (SPTR) voulait mettre en lumière la collaboration exceptionnelle dont a fait preuve le milieu de la justice, de la police, du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que le milieu communautaire de Trois-Rivières. La première date d'audience au Palais de justice de Trois-Rivières du PAJ-SM a eu lieu le 28 avril dernier.

## Journée des partenaires en prévention du suicide

Le 5 février 2016, le CIUSSS MCQ a tenu la journée des partenaires en prévention du suicide en collaboration avec le centre de Prévention Suicide les Deux Rives (CPS 2R), la SPTR, l'Accalmie et la Chrysalide. Plus d'une centaine de personnes en provenance du CIUSSS, des organismes communautaires et de la sécurité publique y ont participé. Plusieurs sujets ont été abordés dans le cadre de cette journée, soit :

- un portrait statistique du suicide sur le territoire présenté par le CPS 2R;
- une présentation du projet *Atlas* de l'Accalmie, un groupe de soutien et d'informations aux proches des personnes suicidaires;
- « Sorties terrain » : le processus collaboratif d'intervention d'urgence dans la communauté entre la SPTR, Info-Social et l'urgence du CHAUR;
- une conférence sur l'usure de compassion en relation d'aide auprès de la clientèle suicidaire par la Chrysalide.

## Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement

Depuis 2005, le MSSS fait de la santé mentale une priorité. Afin de donner suite au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, le ministère a produit un nouveau plan d'action, soit le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM 2015-2020) – Faire ensemble et autrement*. Ce plan d'action demande la mobilisation de tous les partenaires en vue d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services atteintes d'un trouble mental ou de maladie mentale et des membres de leur entourage, de même que la mise en place et le maintien des services les soutenant dans le plein exercice de leur citoyenneté.

La Direction du programme santé mentale adulte et dépendance (DPSMAD) a élaboré un plan d'action régional comprenant 30 mesures afin d'adapter et de mettre en œuvre les orientations du PASM 2015-2020. Ce plan d'action

comprend des actions concrètes reposant sur la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle pour répondre aux personnes utilisatrices de services de la région.

Les mesures du plan d'action régional s'articule autour des quatre principes suivants, soit :

- La primauté de la personne et le partenariat avec les membres de l'entourage;
- Des soins et services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte;
- Des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins;
- L'amélioration continue des soins et des services en santé mentale.

Gardes préventives, provisoires et autorisées (2015-2016)	
Nombre de mises sous garde préventive ou provisoire	601 (Donnée incomplète) <sup>3</sup>
Nombre de mises sous garde autorisée	112
Nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement	122
Nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée	553

---

<sup>3</sup> Les gardes préventives n'ont pas toutes été comptabilisées au HCM pendant l'année 2015-2016; ainsi, la donnée est incomplète.

# QUALITÉ ET SÉCURITÉ

## Planification stratégique et plan d'action

À la mi-novembre 2015, le MSSS acheminait le Plan stratégique 2015-2020 à tous les CISSS et CIUSSS. En décembre, le CIUSSS MCQ a débuté une démarche visant à élaborer le plan opérationnel 2016-2017 tout en se donnant une perspective sur trois ans. La direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) a été mise à contribution tout au long de cette démarche et particulièrement dans la réalisation des étapes suivantes :

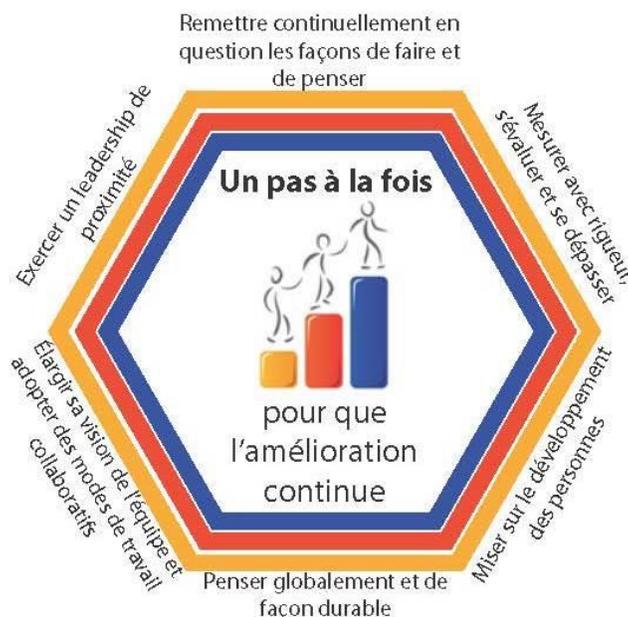
- Dépôt des résultats de la performance régionale par rapport au système de santé et pour chacun des indicateurs de la planification stratégique ministérielle (point de départ);
- Soutien à l'identification des problématiques, pistes de solutions et projets;
- Mise en commun des projets en cours, des obligations légales, des projets d'optimisation, ainsi que de ceux nécessaires à la transformation de la nouvelle organisation et ceux pertinents à la réalisation du plan stratégique;
- Adéquation entre les efforts requis par ces projets et la capacité organisationnelle à les réaliser;
- Soutien au séquençage des projets dans le temps (année 2016-2017 versus les deux années subséquentes)

La DQEPE est appelée à soutenir les prochaines consultations auprès des instances du CIUSSS MCQ. Le dépôt du plan d'action au conseil d'administration est prévu en juin 2016.

## Une stratégie de déploiement de l'amélioration continue

Un des objectifs majeurs du CIUSSS MCQ est de favoriser le déploiement d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance conformément à l'objectif 20 du plan stratégique ministériel et à sa carte routière. Pour ce faire, l'organisation a amorcé le déploiement d'une stratégie de transformation vers une culture d'amélioration continue appuyée sur des principes directeurs et des comportements cohérents.

**Des principes :**



## Une stratégie :

### Stratégie de transformation vers une culture d'amélioration continue



Dans le cadre du déploiement de cette stratégie organisationnelle, notons, certaines actions structurantes telles que :

- Formation de quatre cohortes d'agents multiplicateurs (ceinture verte *Lean*), la première cohorte ayant débutée le 18 février 2016 avec 15 employés;
- Conception et mise en place d'une salle de pilotage stratégique. Cette salle permet de garder le focus sur les objectifs visés et de suivre la performance de l'établissement sur l'accessibilité et la qualité des services, la meilleure utilisation possible des ressources et le mieux-être des intervenants;
- Déploiement du système de gestion renouvelé au sein de quatre cellules modèles qui visent à s'assurer du suivi de la gestion quotidienne et des indicateurs qui contribuent à l'atteinte des objectifs organisationnels.

Une entente de collaboration avec la Chaire IRISSS est en place pour soutenir l'établissement dans le déploiement de son système de gestion visant des projets recherche-action.

### Sécurité des soins et implantation d'une culture de sécurité

Offrir un milieu de soins sécuritaires aux usagers constitue un engagement quotidien visible, au cœur des gestes de l'ensemble des intervenants de notre établissement. Il se traduit par la mise en place de mesures durables pour améliorer la sécurité et la qualité des soins et services offerts.

Cette mobilisation se traduit par un fort engagement à déclarer toute situation indésirable survenue, engagement qui se reflète par une légère augmentation du nombre d'événements déclarés comparativement à l'année précédente.

Événements par catégorie	2014-2015	%	2015-2016	%	% de variation
Incident (A*-B)	3 692	11,5 %	3 295	10,2 %	<b>-10,8 %</b>
Accident mineur (C à E2)	28 333	87,9 %	28 865	89,0 %	<b>1,9 %</b>
Accident majeur (F et +)	165	0,5 %	208	0,6 %	<b>26,1 %</b>
N/D	47	0,1 %	80	0,2 %	<b>70,2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>32 237</b>	<b>100,0 %</b>	<b>32 448</b>	<b>100,0 %</b>	<b>0,7 %</b>

Événements par type	2014-2015	%	2015-2016	%	% de variation
Chute	13 425	41,6 %	14 375	44,3 %	7,1 %
Médicament	9 873	30,6 %	9 122	28,1 %	-7,6 %
Autre	8 939	27,7 %	8 951	27,6 %	0,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>32 237</b>	<b>100,0 %</b>	<b>32 448</b>	<b>100,0 %</b>	<b>0,7 %</b>

\* Voir l'échelle de classification des événements à l'Annexe III.

On observe que les chutes demeurent le plus grand risque au sein de notre organisation. Des efforts constants sont faits pour limiter la récurrence et la gravité de ces événements, notamment auprès de la clientèle âgée.

De plus, chaque événement ayant le potentiel d'entraîner des conséquences importantes pour les usagers fait l'objet d'un suivi et d'une analyse rigoureuse. Suite à cette analyse, des pistes d'amélioration sont déployées dans le cadre d'un plan d'action pour éviter la récurrence de telles situations. Au cours de l'année 2015-2016, ce sont plus de 205 événements qui ont fait l'objet d'une analyse poussée et pour lesquels des mesures concrètes ont été réalisées, contribuant à l'amélioration la sécurité des services offerts.

Le comité de gestion des risques a également été mis sur pied pour assurer un rôle de vigie en lien avec la sécurité des soins et services offerts à la clientèle.

Différents travaux sont également en cours dans l'ensemble des directions visant l'amélioration des services et soins offerts à la clientèle. La prévention des infections, la prévention des chutes, la sécurité dans la distribution des médicaments, sont notamment des exemples de priorités organisationnelles sur lesquelles l'organisation travaille actuellement et qui ont un impact réel sur la sécurité des soins et services dispensés.

## Des données au service de l'amélioration de la performance

En plus d'assurer la mise à jour des informations dans la salle de pilotage stratégique et la gestion du processus des ententes de gestion (signature, reddition de comptes), le service *Analyse de la performance, intégrité des données et ententes de gestion* contribue activement à permettre aux gestionnaires d'accéder aux données soutenant l'analyse des enjeux d'accessibilité, de qualité, d'utilisation des ressources et du mieux-être des intervenants. Dans cette perspective, ce service a notamment produit les outils suivants :

### Tableau de bord pour le Comité de direction

Tableau de bord de 80 indicateurs disponible en version électronique depuis septembre 2015. Le service a soutenu l'identification et la définition des indicateurs par les directeurs, l'accès aux données, la production des indicateurs et la mise à jour mensuelle.

### Registre d'accessibilité aux services

Dans un objectif de transparence envers la population, une première version d'une centaine d'indicateurs a été rendue disponible à la population sur le site Web du CIUSSS MCQ :

<http://ciusssmcq.ca/documentation/Performance-services/Pages/accueil.aspx>

Cette production d'indicateurs vise à permettre à la population de suivre l'évolution de l'attente dans différents services du CIUSSS MCQ. Deux mises à jour ont été réalisées depuis sa parution.

### Intégrité des données utilisées dans l'analyse de la performance

Préoccupation constante du service, les travaux sur la qualité des données se font quotidiennement. Des efforts particuliers ont été investis au niveau des méthodes de calcul et d'extraction des données et un audit a été réalisé sur le Système d'information des urgences (SIURGE).

## Service de l'éthique

Des travaux ont été réalisés afin de revoir les structures existantes dans le but qu'elles soient en adéquation avec la nouvelle réalité de l'établissement, d'harmoniser les pratiques et de soutenir le développement des connaissances en éthique. Un large processus de consultation a été réalisé, tant à l'interne qu'à l'externe.

Les réalisations sont :

- Création d'un bureau de l'éthique, ayant comme mandat la gestion des aspects logistiques et administratifs, la gestion des savoirs et des activités de transfert des connaissances en éthique;
- Adoption de la structure en éthique de la recherche avec deux comités d'éthique de la recherche distincts : un CÉR multiclientèle et un CÉR conjoint en DI-TSA.

Un processus d'harmonisation des codes d'éthique a aussi été initié. Une première étape a été franchie avec l'adoption du code d'éthique parapluie visant à harmoniser l'ensemble des droits reconnus aux usagers du CIUSSS MCQ, incluant les nouveaux droits des usagers en lien avec les soins de fin de vie. En deuxième étape, un groupe de travail a proposé les conduites attendues des intervenants et des usagers, puisées dans les codes d'éthique des anciennes organisations. Afin de créer un réel nouveau code d'éthique pour l'établissement, un processus de consultation a ensuite été réalisé, rejoignant plus de 110 personnes dans l'établissement. Le code d'éthique CIUSSS qui en résulte sera proposé pour adoption au cours de la prochaine année.

## Démarche d'agrément

Le CIUSSS MCQ compte douze établissements fusionnés ayant été agréés par Agrément Canada ou le Conseil québécois d'agrément (CQA) suite à une démarche d'amélioration continue de la qualité de leurs services. Les visites d'agrément se sont déroulées entre 2013 et 2015. Ces résultats témoignent de la qualité des services de l'établissement puisque l'accréditation est basée sur le respect des normes d'excellence en soins et services de santé. Des preuves ont été soumises à ces deux organismes suite aux recommandations selon un échéancier établi.

Au 31 mars 2016 :

- Des critères jugés non conformes par les visiteurs d'Agrément Canada sont attribués à 6 établissements fusionnés. Des suivis sont en cours et des preuves seront transmises selon un calendrier précis. Actuellement, 93% des critères prioritaires jugés non conformes et 76 % de l'ensemble des critères jugés non conformes ont été répondus.
- Un plan d'action précisant les stratégies de réalisation a été acheminé au CQA suite à la visite des services de réadaptation en dépendance tenue en octobre 2015. Des stratégies de réalisation sont en cours pour quatre processus ayant fait l'objet de recommandations. Des forces ont été soulignées comme, entre autres, l'intégration de la satisfaction de la clientèle et du traitement des insatisfactions, une grande préoccupation pour l'accessibilité aux services et la gestion des délais d'attente, une proximité du service de recherche, l'informatisation des données clientèles, des résultats exceptionnels au sondage sur l'expérience client et un personnel qui tient compte des préoccupations des usagers de façon marquée.

Les principaux défis soulevés sont de maintenir une offre de services spécialisés malgré l'étendue territoriale, soutenir la mobilisation et la motivation du personnel, actualiser des modalités de supervision clinique sur une base régulière, soutenir le développement d'une gestion intégrée des risques et de la qualité, consolider d'évaluation des délais d'attente (post AEO) pour l'ensemble de l'épisode de service et poursuivre les efforts pour augmenter l'intensité de service afin de favoriser la rétention des usagers en traitement.

**Comité de vigilance et de la qualité**  
 Mise à jour du tableau: 2016-04-15

**Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration**

**Bilan - État d'avancement des suivis - 2015-2016**

Légende : Gris : Terminé | Orange : Nouveau | Vert: Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (sans risque; aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ |

AGRÈMENT						État d'avancement			
Réseaux locaux de services (RLS)	Date du rapport	Échéancier	Nombre de conditions	Nombre de réalisées	Réponse aux conditions prioritaires *	Réponse à l'ensemble des conditions	Commentaire		
Services régionaux de réadaptation DP	2013-05-16	2013-03-31	7	7	N/A	100%			
Maskinongé	2013-06-12	2015-10-16	46	46	100 %	100%			
Vallée-de-la-Batiscan	2013-06-28	2015-09-15	14	14	100 %	100%			
Arthaska-et-de-l'Érable	2013-10-17	2015-08-27	150	150	100 %	100%			
Services régionaux jeunesse	2013-12-09	2015-03-31	10	10	N/A	100%			
Services régionaux de réadaptation DI-TSA	2013-12-18	2015-06-30	1	1	N/A	100%			
Énergie	2014-05-01	2016-03-11	56	55	100 %	98%	Une prolongation a été accordée jusqu'au 11 septembre pour se conformer au dernier critère.		
Bécancour-Nicolet-Yamaska	2014-07-16	2016-04-16	12	10	100%	83%	Des actions sont en cours. Leur approbation ne sera confirmée par l'organisme d'agrément qu'un mois après l'échéancier fixé.		
Trois-Rivières	2015-01-12	2016-05-27	29	1	100 %	3%			
Drummond	2015-02-25	2016-07-06	31	6	100 %	19%			
Haut Saint-Maurice	2015-03-19	2016-07-27	45	7	100 %	16%			
Services régionaux de réadaptation en dépendance	2015-11-23	2017-04-30	5	0	0 %	0%	Des actions sont entreprises. L'échéancier pour les conditions prioritaires est le 30-11-2016		
<b>CIUSSS</b>	NA	2016-07-06	406	307	93 %	76%			

\*Conditions prioritaires auxquelles il faut répondre dans les 6 mois suivants le rapport. En date du 22 février, 56 conditions prioritaires ont été répondues sur 60.

Le déploiement des normes et standards d'excellence et de qualité se poursuit avec la planification du prochain cycle d'agrément visant toutes les directions en vue d'une visite en deux temps prévue à l'automne 2017 et au printemps 2018.

Le CIUSSS MCQ maintient son engagement à dispenser des services accessibles, continus, sécuritaires et de qualité.

### **Satisfaction**

Plusieurs secteurs ont poursuivi cette année leur pratique de sonder leur clientèle sur des éléments spécifiques afin d'améliorer les services. Le CIUSSS MCQ encourage ces pratiques entourant l'évaluation de l'expérience usager. Des travaux sont en cours afin de soutenir ces initiatives et de structurer la démarche.

### **Partenariat de soins et de services**

Au CIUSSS MCQ, cette démarche vise l'implication des usagers à tous les niveaux de la gouvernance afin de favoriser :

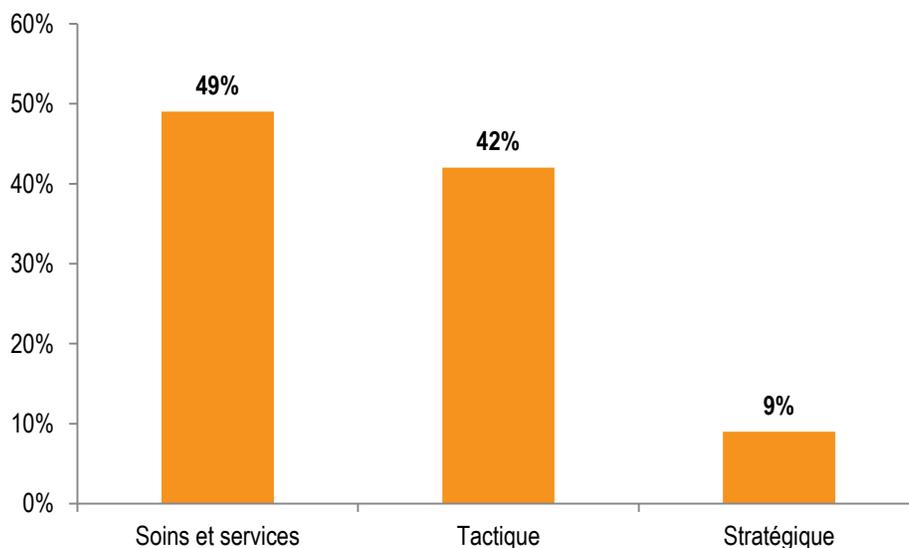
- l'intégration des usagers et de leurs proches comme partenaires au sein des équipes;
- le développement de compétences comme organisation apprenante;
- un changement de culture pour tous les employés et les usagers.

Voici quelques données témoignant des réalisations entre le 1<sup>er</sup> avril 2015 et le 31 mars 2016 :

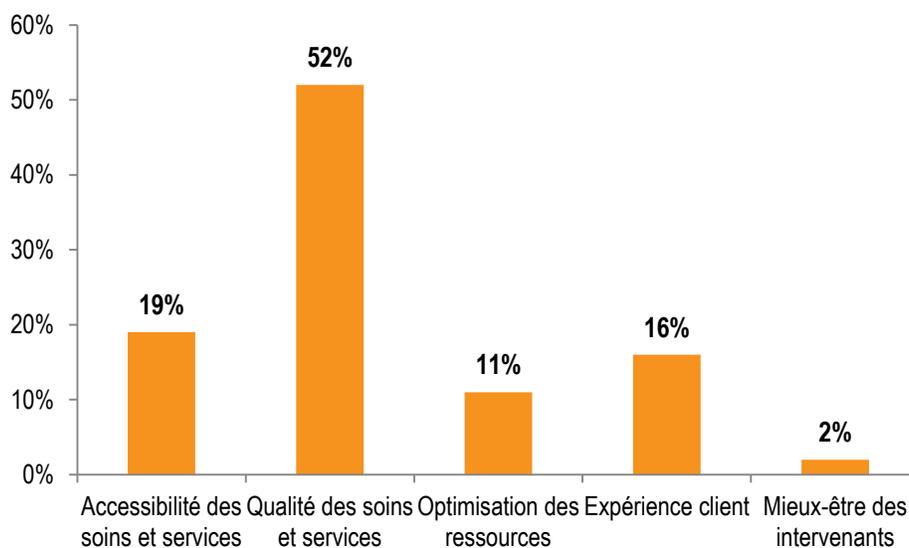
- 45 demandes d'implication d'usagers ont été effectuées par le biais de requête
- Objectifs des requêtes :
  - Aménagement fonctionnel : 2 %
  - Avis sur la documentation : 31 %
  - Formation : 16 %
  - Présentation : 11 %
  - Révision de processus et des pratiques professionnelles : 31 %
  - Élaboration, révision ou évaluation de programmes : 9 %
- Niveau de la requête :
  - Soins et de services : 49 %
  - Tactique : 42 %
  - Stratégique : 9 %
- Finalité de la requête :
  - Accessibilité : 19 %
  - Qualité : 52 %
  - Optimisation des ressources : 11 %
  - Mieux-être des intervenants : 2 %
  - Expérience client : 16 %
- Activités de recherche :
  - 2013-2015 : Une voix pour les patients : richesse de partage de savoirs expérientiels avec la Fondation canadienne pour l'Amélioration des services de santé (FCASS) impliquant tous les secteurs cliniques de l'établissement fusionné secteur de l'Énergie.
  - Débuté en juin 2015 : Impacts du partenariat de soins sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) impliquant la direction santé mentale et dépendances de l'établissement fusionné secteur de l'Énergie.

- Des projets en cours :
  - Accueil et intégration des nouveaux employés : associer des usagers à cette démarche d'accueil afin que les employés connaissent leur point de vue et leur expérience des services.
  - Projet bibliothèque impliquant des usagers et la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.
  - Des comités d'amélioration continue impliquant des usagers dans les secteurs hôpital de jour, soutien à domicile et oncologie.

### Niveau des requêtes



### Finalité des requêtes



## Les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie

### En CHSLD

Le CIUSSS MCQ compte 29 installations de CHSLD sur son territoire (27 CHSLD publics et 2 CHSLD privés conventionnés). En avril 2015, le MSSS a débuté son 2<sup>e</sup> cycle d'évaluation de la qualité (2015-2018). À ce titre, le MSSS a procédé à l'évaluation de 15 installations CHSLD en collaboration avec des membres d'organismes partenaires représentant les droits des résidents et des aînés. Le MSSS évalue la conformité du milieu de vie par la consultation des documents élaborés par le CIUSSS MCQ, par des entrevues avec les gestionnaires, employés, proches aidants, membres du comité des résidents et par des observations directes dans le milieu.

À la suite des visites d'évaluation, le MSSS émet des recommandations par le biais d'un rapport et l'établissement produit un plan d'amélioration et s'engage à mettre en œuvre les actions.

La création du CIUSSS MCQ favorise grandement la proactivité de l'amélioration continue des milieux, l'harmonisation des pratiques, le partage des bons coups et l'optimisation des processus de travail, notamment en regard de l'élaboration des politiques, des procédures, des programmes, des outils cliniques et de la formation.

### En ressources non institutionnelles (RNI)

Au cours de l'exercice 2015-2016, le MSSS a procédé à l'évaluation de la qualité des milieux de vie en RNI des clientèles de la santé mentale et de la jeunesse. Les rapports des visites ainsi que les plans d'amélioration se retrouvent sur le site Web du CIUSSS MCQ.

## La certification des résidences privées pour aînés (RPA)

Le CIUSSS MCQ est imputable de la certification des 212 RPA du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec et mène les actions nécessaires au maintien des normes et des critères de qualité qui assurent, aux personnes âgées, des milieux de vie de qualité et sécuritaires.

En 2015-2016, le comité de conformité, composé de l'équipe de certification, de la commissaire aux plaintes et des affaires juridiques, s'est réuni à sept reprises et a recommandé au PDG le retrait d'un certificat à une RPA, l'émission de quatre attestations temporaires et le renouvellement de 84 certificats.

Aussi, suivant la fermeture de sept RPA, le soutien à domicile du CIUSSS MCQ a dû accompagner des résidents et leurs familles dans des démarches de relocalisation afin que ces derniers retrouvent un milieu de vie correspondant à leurs besoins.

## Implantation de la Loi concernant les soins de fin de vie

En juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie. Cette loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et précise leurs droits à cet effet. L'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie est une obligation qui assure que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

Le CIUSSS MCQ s'est conformé aux exigences de la Loi pour en assurer sa mise en vigueur le 10 décembre 2015, soit par :

1. l'élaboration d'une politique relative aux soins de fin de vie qui tient compte des orientations ministérielles et des principaux éléments de la Loi, notamment au regard des soins palliatifs, des directives médicales anticipées et de l'aide médicale à mourir.

2. la mise en place d'un programme clinique des soins de fin de vie devant figurer dans le plan d'organisation de l'établissement et par la mise sur pied du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir.
  - La responsabilité organisationnelle du programme de soins palliatifs et de soins de fin de vie a été positionnée au sein de la Direction soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA).
  - Le GIS est composé de 14 membres dont cinq médecins, un pharmacien, deux infirmières cliniciennes, un conseiller cadre en pratique sociale, un responsable de l'éthique, un responsable des affaires juridiques, un représentant d'une maison de soins palliatifs, une conseillère cadre et de la répondante des soins palliatifs et de fin de vie. Quatre rencontres du GIS se sont tenues en 2015-2016.
3. La mise à jour du code d'éthique de l'établissement pour y inclure les droits des usagers en soins de fin de vie.
4. En s'assurant de la formation du personnel au regard des nouvelles modalités de la Loi.
  - Plus de 360 personnes (médecins, professionnels et gestionnaires du CIUSSS MCQ, médecins des cabinets privés et des GMF, pharmaciens communautaires et responsables des maisons de soins palliatifs) réparties sur l'ensemble du territoire du CIUSSS MCQ ont reçu la formation.
5. La mise à jour des ententes existantes avec les maisons de soins palliatifs : addendas officialisés aux ententes existantes le 10 décembre 2015.
6. Une démarche structurée d'évaluation de la qualité de l'acte en collaboration avec le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

### Application de la Politique concernant les soins de fin de vie

*Exercice du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016*

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
<b>Soins palliatifs et de fin de vie**</b>	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de donnée : GESTRED 514, admissions dans les lits de soins palliatifs du 20 septembre 2015 au 31 mars 2016 <u>Note:</u> Sont exclues les personnes en soins palliatifs et de fin de vie hors unités de soins palliatifs.	<b>487</b>				<b>N/A</b>
	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Sources de données : GESTRED 514 du 20 septembre 2015 au 31 mars 2016 CLINIBASE du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016		<b>627</b>			<b>N/A</b>
	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : I-CLSC			<b>1 108</b>		<b>N/A</b>
	<b>Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : statistiques périodiques maisons de soins palliatifs				<b>187</b>	<b>N/A</b>

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		CH	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
<b>Sédation palliative continue</b>	<b>Nombre de sédations palliatives continues administrées</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : <i>Formulaire de consentement à la sédation palliative continue — AH-880 DT9231 (2015-12)</i>		4			4
<b>Aide médicale à mourir</b>	<b>Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : <i>Formulaire de demande d'aide médicale à mourir — AH-881 DT9232 (2015-12)</i>	9		1	1	11
	<b>Nombre d'aides médicales à mourir administrées</b> <b>Informations complémentaires:</b> Source de données: <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12) et Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir— Partie 2 — AH-882-2 DT9223 (2015-12)</i>	8		1		9
	<b>Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs</b> <b>Informations complémentaires :</b> Source de données : <i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1— AH-882-2 DT9233 (2015-12)</i> <b>Motifs :</b> Un usager décédé avant l'administration et un usager ayant volontairement retiré sa demande	1			1	2

## Le réseau de services intégrés aux personnes âgées

Conformément aux recommandations du Vérificateur général du Québec et du Protecteur du citoyen, la pertinence des services offerts aux usagers repose notamment sur l'évaluation de ses besoins et l'élaboration d'un plan d'intervention convenu avec l'usager ou ses proches. À cet égard, le CIUSSS MCQ a poursuivi, au cours de l'année 2015-2016 ses actions contribuant à :

- augmenter le pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (clientèles adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) :
  - P 6 : 69,9 % des évaluations et des plans complétés;
  - P 9 : 74,9 % des évaluations et des plans complétés;
  - P 13 : 87,3 % des évaluations et des plans complétés (données à confirmer).
- collaborer, comme pilote provincial, à un projet d'analyse des banques de données RSIPA afin d'améliorer le suivi de la performance des services de soutien à domicile de longue durée.
- évaluer la pertinence des services offerts et des clientèles desservies.

## Évaluation des programmes

Afin de créer une organisation de services standardisés selon les meilleures pratiques et d'être en mesure de répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, l'équipe d'évaluation des pratiques et des programmes a travaillé en collaboration avec les équipes cliniques pour élaborer les continuums de santé et de bien-être de sept programmes services (continuum de services et d'interventions allant de la promotion-prévention jusqu'au soutien en fin de vie) et a collaboré à l'élaboration de la trajectoire de la femme enceinte.

De plus, l'équipe a débuté l'accompagnement des gestionnaires du soutien à domicile dans le déploiement des éléments structurants de l'approche par programme (accompagnement qui se poursuivra en 2016-2017). Finalement dans un objectif d'amélioration continue de la performance des services, l'équipe d'évaluation des pratiques et des programmes a également effectué une évaluation des effets du projet « Partenariat de soins et services : une voix pour les patients, richesse de partage et de savoirs expérientiels », l'évaluation de la mise en œuvre du projet « Ensemble pour l'enfant et sa famille » et a contribué au développement du questionnaire sur l'évaluation de l'expérience client au niveau de la vaccination au CIUSSS MCQ.

De plus, elle a accompagné les équipes de la direction de la santé publique et de la responsabilité populationnelle et l'équipe de dépendance dans l'élaboration de modèles logiques et de plans d'évaluation afin d'être en mesure d'évaluer soit la pertinence, la mise en œuvre (processus), les résultats (extrants, effets, impacts) ou l'efficacité et l'efficience de projets ou pratiques implantés ou à mettre en œuvre.

### Suivi des recommandations du coroner

Les recommandations du coroner identifient les pistes d'amélioration suite aux événements survenus dans l'ensemble du réseau. L'établissement suit l'ensemble de ces recommandations afin d'apporter de façon proactive, les ajustements requis permettant d'éviter la survenance de tels événements au sein de notre établissement, contribuant de ce fait, au développement d'une offre de services sécuritaires. Pour l'année 2015-2016, l'établissement a reçu 11 rapports du coroner adressant, notamment, des recommandations en lien avec les services pré-hospitaliers, les mesures de contrôle, la révision de la qualité de l'acte médical, la prévention du suicide et les services de l'urgence. L'ensemble de ces recommandations a fait l'objet d'un suivi et des actions ont été entreprises pour répondre à chacune de celle-ci.

### Utilisation sécuritaire des mesures de contrôle : la contention et l'isolement

Le CIUSSS MCQ se positionne en tant que leader dans la réduction du recours aux mesures de contrôle. La pratique s'appuie sur les valeurs privilégiées par l'établissement ainsi que sur sa volonté à dispenser des soins et des services de qualité dans une perspective de collaboration interdisciplinaire. La philosophie d'intervention est axée sur la mise en place des meilleures pratiques ainsi que sur le respect des droits, de la liberté et de la dignité de l'utilisateur. Dans l'établissement, l'application d'une contention ou d'un isolement constitue une mesure exceptionnelle envisagée en dernier recours, en présence d'un danger grave et imminent pour l'utilisateur ou pour autrui, lorsque toutes les alternatives ont été tentées en vain.

#### Réalisations en 2015-2016

- Mise en place d'un comité régional d'encadrement de la pratique en regard de l'utilisation des mesures de contrôle ayant des représentants de tous les territoires et toutes les missions;
- Rédaction d'un protocole harmonisé balisant l'application des mesures de contrôle (approbation en cours);
- Développement d'un outil de vigie de la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle en hébergement et en milieu hospitalier;
- Formation de 120 intervenants dans l'ensemble des territoires.

Le tableau ci-dessous présente les données par territoire pour le secteur de l'hébergement. Le taux cumulatif, calculé à partir des données disponibles, indique une prévalence moyenne de 14,34 % d'utilisateurs ayant une ou plusieurs mesures de contrôle. Afin d'assurer une réduction du taux de prévalence, une révision périodique des mesures de contrôle est faite en équipe interdisciplinaire. Cette réévaluation a permis, entre autres, la diminution

progressive du taux de prévalence sur le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable ainsi que celui de la Vallée-de-la-Batiscan depuis le début de l'année.

Tableau* cumulatif des mesures de contrôle / Hébergement 2015-2016 (En %)														
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	TOTAL
Arthabaska-et-de-l'Érable	59,28			59,24			51,26			49,98			45,15	52,78
Bécancour-Nicolet-Yamaska				9,7		9,7				8,12			7,3	8,71
Drummondville	18,46	16,82	15,89	15,89	14,96	14,95	15,19	14,72	14,49	12,15	15,65	13,55	12,62	15,03
Énergie	4,87	5,48	5,18	6,15	5,02	5,33	5,35	5,38	3,79	5,57	5,94	5,57	5,65	5,33
Haut-St-Maurice	6,06	6,06	6,06	6,06	6,15	5,97	3,03	1,52	1,52	1,52	1,47	1,52	0	3,61
Maskinongé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trois-Rivières	4,73	4,75	4,9	4,9	5	5,46	5,33	4,73	4,58	4,88	4,61	3,55	4,43	4,76
Vallée-de-la-Batiscan	29,17		26,90		25		23,08	23,45		22,54		21,53		24,52
<b>Cumulatif Hébergement</b>	<b>17,51</b>	<b>6,62</b>	<b>9,82</b>	<b>14,56</b>	<b>9,36</b>	<b>6,9</b>	<b>14,75</b>	<b>8,3</b>	<b>4,87</b>	<b>12,97</b>	<b>5,54</b>	<b>7,62</b>	<b>10,74</b>	<b>14,34</b>

\*Le tableau présente le pourcentage d'usagers ayant eu une ou des mesures de contrôle, par période, dans les différents RLS du territoire.

Pour l'année à venir, plusieurs actions seront déployées afin de réduire l'utilisation des mesures de contrôle, particulièrement dans les territoires où le taux se situe au-dessus de 10 %.

## Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes

Au cours de la dernière année, des travaux visant à prévenir et à réduire le nombre de chutes à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du site Ste-Marguerite ont été réalisés en collaboration avec le personnel.



Source : Julie Blanchette, APPR Programme DI-TSA-DP

Une activité de type *Kaizen* a été organisée en octobre 2015 et un ambitieux plan d'action a été lancé dont le niveau d'avancement se situe à plus de 60 % à ce jour. Plusieurs éléments ont été mis en place afin d'implanter une nouvelle trajectoire et porter des améliorations à l'environnement et aux équipements. De plus, l'URFI poursuit ses démarches afin de réduire les chutes en identifiant les usagers à risque de chute à l'aide de l'échelle de Morse et en personnalisant davantage les interventions pour les personnes à plus haut risque de chute.

## Plan d'action sur les infections nosocomiales

Ce plan est réalisé afin de répondre au volet « Sécurité et pertinence », de la planification stratégique du MSSS, qui vise à renforcer la prévention et le contrôle des infections (PCI) reliées au séjour en milieu hospitalier.

Les infections nosocomiales constituent toujours un risque préoccupant pour les personnes malades et leur famille, ainsi que pour les établissements de santé et la société. De plus, les hospitalisations prolongées et les soins additionnels dus aux infections nosocomiales coûtent environ 180 millions de dollars par année au système de santé et de services sociaux du Québec. Il est donc primordial de mettre tous les efforts possibles pour tenter de les éliminer.

Pour ce faire, les cinq centres hospitaliers du CIUSSS MCQ participent au programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). Ainsi, les centres hospitaliers doivent surveiller obligatoirement certaines infections nosocomiales telles, l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) qui est une bactérie multirésistante aux antibiotiques, les diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) et les bactériémies nosocomiales. Le programme SPIN répartit les bactériémies sous les catégories suivantes : les bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline (SARM), les bactériémies pan hospitalières (primaires et secondaires acquises au sein du centre hospitalier, dont à l'Unité des soins intensifs) et les bactériémies associées à un accès veineux en hémodialyse. Les centres hospitaliers procèdent également à la surveillance des colonisations à SARM, même si ce n'est pas obligatoire pour l'instant. La surveillance de ces infections a pour but d'identifier les problématiques concernant la transmission des infections nosocomiales et de planifier des interventions pour agir sur celles-ci.

Dans le tableau suivant, on constate :

- Pour le SARM : 3/5 centres hospitaliers atteignent le taux visé. Ce qui fait un taux de conformité de 60 %.
- Pour l'ERV : 4/5 atteignent le taux visé. Ce qui fait un taux de conformité de 80 %.
- Pour les DACD : 5/5 atteignent le taux visé. Ce qui fait un taux de conformité de 100 %.

Au Centre hospitalier du Haut-St-Maurice, le nombre de jours-présence étant trop peu élevé, les taux d'incidence calculés ne sont donc pas significatifs.

### Total des bactériémies à SARM et sur accès veineux en hémodialyse (ententes de gestion)

*Tx= taux d'incidence, JP= jours-présence*

Bactériémies	Hôpital du Haut-St-Maurice		Hôpital du Centre-de-la-Mauricie		Hôpital Sainte-Croix		Hôtel-Dieu D'Arthabaska		CHAUR		Taux visés		
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	CH non universitaire <110 lits	CH non universitaire ≥110 lits	CH universitaire
<b>À SARM</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,36 par 10 000 JP	0,51 par 10 000 JP	0,62 par 10 000 JP
<b>Sur accès vasculaire en hémodialyse</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,19 par 100 patients-période	0,64 par 100 patients-période		

Pour la moitié de l'année, 100 % des CH atteignent les cibles du MSSS concernant les bactériémies à SARM et associées à un accès veineux en hémodialyse.

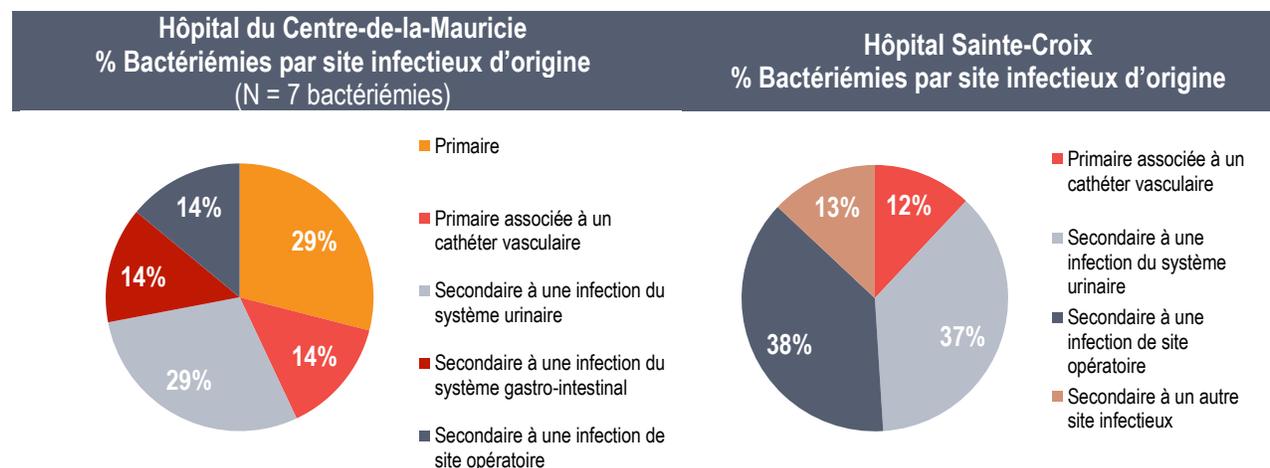
**Total des bactériémies acquises en cours d'hospitalisation (USI et hors-USI), associées aux cathéters centraux aux USI et en ambulatoire, pour la moitié de l'année**

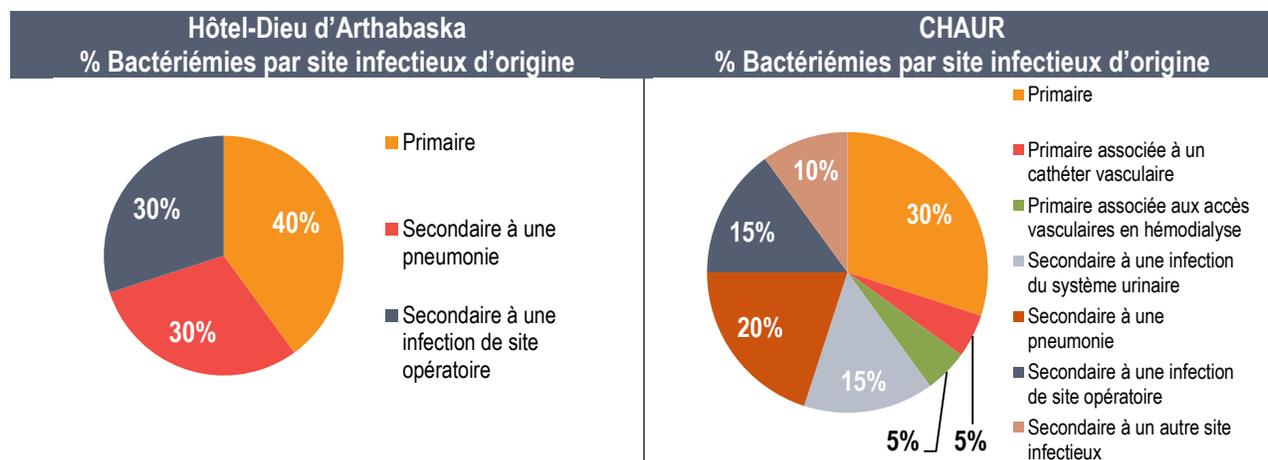
*Tx= taux d'incidence, JP= jours-présence, USI=Unité des soins intensifs*

Bactériémies	Hôpital du Haut-St-Maurice		Hôpital du Centre-de-la-Mauricie		Hôpital Sainte-Croix		Hôtel-Dieu D'Arthabaska		CHAUR		Taux visés	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	CH non universitaire	CH universitaire
<b>TOTAL acquises en cours d'hospitalisation</b>	0	0	7	3,34 par 10 000 JP	8	3,26 par 10 000 JP	10	4,21 par 10 000 JP	21	3,76 par 10 000 JP	3,7 par 10 000 JP	7,2 par 10 000 JP
<b>Acquises à l'USI</b>	0	0	1	11,95 par 10 000 JP	1	4,75 par 10 000 JP	1	9,93 par 10 000 JP	7	30,11 par 10 000 JP	14 par 10 000 JP	15,9 par 10 000 JP
<b>Acquises hors USI</b>	0	0	6	2,98 par 10 000 JP	7	3,12 par 10 000 JP	9	3,95 par 10 000 JP	14	2,61 par 10 000 JP	3,3 par 10 000 JP	6,4 par 10 000 JP
<b>Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,76 par 1000 jours-cathéters	0,52 par 1000 jours-cathéters
<b>Acquises en soins ambulatoires</b>	0	1	3	4	3							

**Bactériémies secondaires à un foyer infectieux sous-jacent**

Les bactériémies peuvent être des complications majeures de certaines infections nosocomiales. Le fait de les analyser par site infectieux d'origine permet d'identifier dans un centre hospitalier, quelles sont les infections nosocomiales les plus fréquentes. Les résultats de ces analyses peuvent aider à cibler quelles seraient les stratégies à choisir pour chaque installation. La Campagne québécoise des soins sécuritaires de l'INSPQ, propose des stratégies pour intervenir sur ces différentes infections, en mettant en place des pratiques exemplaires.





Taux d'hygiène des mains dans les installations de courte durée						
Centre hospitalier	Période des audits	Taux global 2015-2016	Taux Avant le contact 2014-2015	Taux Avant le contact 2015-2016	Taux Après le contact 2014-2015	Taux Après le contact 2015-2016
Hôpital Sainte-Croix	Mars 2016	55 %	58 %	27 %	70 %	73 %
CHAUR	Février 2016	38 %	62 %	26 %	67 %	47 %
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	Janvier et février 2016	71 %	69 %	66 %	75 %	67 %
Hôpital du Centre de la Mauricie	Décembre 2015	57 %	35 %	46 %	48 %	66 %

\*Les taux pour l'Hôpital du Haut St-Maurice n'ont pas été inscrits dans le tableau car les audits ont été réalisés uniquement au niveau personnel œuvrant en soins de longue durée pour cette année.

Les deux installations où la transmission nosocomiale est la plus importante sont à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) Shawinigan et à l'Hôpital Ste-Croix (HSC) de Drummondville. À l'HCM, il y a une problématique au niveau du SARM, alors que pour l'HSC elle se situe au niveau de l'ERV. La situation concernant la transmission de la DACD est à surveiller dans les deux installations mais n'est pas problématique. Voici ce qui a été mis en œuvre dans ces installations pour freiner la transmission :

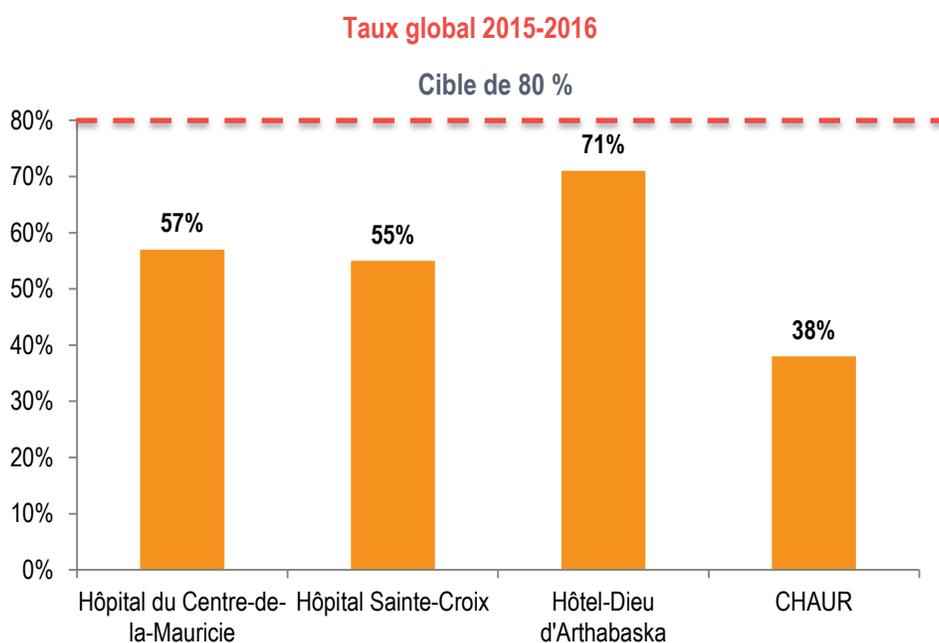
- À l'HCM, un plan d'action a été élaboré dans lequel on retrouve la réalisation d'audits sur l'hygiène des mains par les pairs (assistantes infirmières-chef et infirmières cliniciennes), de la formation sur les mesures de PCI à tous les titres d'emplois, incluant les préposés aux bénéficiaires, et l'amélioration de la gestion des excréta par l'utilisation des sacs de recouvrement lorsqu'un usager est en isolement. Ce plan d'action a été déployé à partir du mois de janvier 2016.
- À l'HSC, différentes mesures ont été mises en place dont celles d'augmenter les fréquences de désinfection de l'environnement et du matériel à trois fois par jour, sur les unités en éclosion, d'augmenter la fréquence des dépistages ERV, de réaliser des audits sur l'hygiène des mains et des rencontres de personnel et réserver du matériel de soins à l'usage exclusif des usagers ERV.

Par ailleurs, soulignons la performance exceptionnelle de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDA) et du CHAUR concernant la faible transmission de SARM, ERV et DACD. En effet, les cibles sont atteintes dans ces deux établissements pour les trois microorganismes.

L'hygiène des mains est la mesure la plus efficace pour interrompre la propagation de ces infections en milieu hospitalier. Elle pourrait réduire de 50 % les infections associées aux soins de santé. Dans un souci d'améliorer la pratique de façon continue, ainsi que de se conformer à la pratique organisationnelle (POR) requise d'Agrément Canada, toutes les installations du CIUSSS MCQ procèdent annuellement à des audits sur l'hygiène des mains. Les résultats de ces audits sont diffusés aux différentes instances de l'établissement ainsi que sur les unités de soins et servent à élaborer des interventions pour tenter d'améliorer la pratique de l'hygiène des mains par les différents intervenants de la santé.

Tel que vous pourrez le constater au tableau suivant, la cible de 80 % fixée par le MSSS concernant les taux de conformité à l'hygiène des mains n'est pas atteinte. Voici ce qui a été planifié et réalisé, pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains au sein des installations du CIUSSS :

- Un groupe de travail a été formé afin de s'assurer que la méthode pour effectuer les audits soit uniforme et basée sur les recommandations du MSSS. Les audits sont réalisés de façon continue depuis le début avril. Les observations portent sur deux indications-clés d'hygiène des mains qui sont cruciales pour prévenir la transmission des infections, soit avant et après le contact avec l'utilisateur ou son environnement. Les résultats seront diffusés à toutes les deux périodes financières;
- Une campagne promotionnelle est en cours d'élaboration en collaboration avec les communications;
- Des formations sur l'hygiène des mains, les pratiques de base et précautions additionnelles seront planifiées au plan de développement des compétences.



### L'implantation de guides de pratique destinés à la clientèle DI-TSA

L'implantation de quatre guides de pratique destinés aux personnes avec un TSA ou présentant un TGC au regard des services spécialisés du programme-services DI-TSA est fortement valorisée. Suite aux deux premières évaluations relatives à l'implantation de ces guides et pour réduire favorablement les écarts en ce qui a trait aux

meilleures pratiques, les gestionnaires et le personnel ont rédigé, conjointement, des plans d'actions pour poursuivre la mise en œuvre des lignes directrices émises dans ces nouveaux cadres de référence. La mobilisation et la responsabilisation de tous ont été des facteurs déterminants et contributifs de plusieurs réalisations qui ont permis, au cours de la dernière année, de s'améliorer. Par exemple, mentionnons :

- l'actualisation d'activités de formation sur des outils d'évaluation pour assurer l'augmentation du nombre d'utilisateurs évalués permettant ainsi de rehausser la pertinence des plans d'intervention;
- l'élaboration d'une démarche et l'actualisation d'une grille d'autoévaluation du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) par l'intervenant pour faciliter l'élaboration des PII et des programmations individualisées spécifiquement pour le programme d'intervention comportementale intensive (ICI);
- la rédaction de trois guides de soutien à l'intégration au travail à l'intention de l'utilisateur et de ses proches, des intervenants puis de l'employeur pour faciliter l'intégration de la personne présentant un TSA dans son milieu de travail;
- l'élaboration d'un guide d'information sur les TC-TGC à l'attention des ressources de type familial (RTF) et ressources intermédiaires (RI) pour favoriser l'actualisation des composantes essentielles du guide de pratique TGC par une meilleure compréhension du rôle de la ressource.

## Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services dresse, au moins une fois par année, un bilan de ses activités, accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'elle recommande pour améliorer la satisfaction des utilisateurs et favoriser le respect de leurs droits. Ce rapport doit être déposé au comité de vigilance et de la qualité qui analyse les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration. Dans l'exercice de ses fonctions, la commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits des utilisateurs et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, elle exerce notamment les fonctions suivantes : assurer la promotion de l'indépendance de son rôle, diffuser l'information sur les droits et les obligations des utilisateurs et sur le code d'éthique de l'établissement afin d'en améliorer la connaissance et assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure d'examen des plaintes. Elle peut également intervenir, de sa propre initiative, lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un utilisateur ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

Rapport de l'examen des plaintes et des interventions		
	2014 - 2015	2015 - 2016
Nombre de plaintes conclues	938	648
Nombre d'interventions	315	273
Nombre d'assistances auprès des utilisateurs	880	675
Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	39	35
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	25	37

Principaux motifs de plaintes (par catégorie d'objets)								
Catégorie d'objets	2014 - 2015				2015 - 2016			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Accessibilité	224	58	282	16%	130	49	179	15%
Aspect financier	99	16	115	6%	76	20	96	8%
Droits particuliers	129	35	164	9%	85	32	117	9%
Milieu et ressources	203	108	311	17%	98	71	169	14%
Relations interpersonnelles	296	68	364	20%	243	43	286	23%
Soins et services	451	101	552	31%	306	69	375	30%
Autres	10	3	13	1%	2	2	4	1%
<b>TOTAL</b>	<b>1412</b>	<b>389</b>	<b>1801</b>	<b>100%</b>	<b>940</b>	<b>286</b>	<b>1226</b>	<b>100%</b>

#### Comité de révision

Nombre de plaintes reçues : 4

Nombre de réunions : 2 (prévues), 2 (tenues)

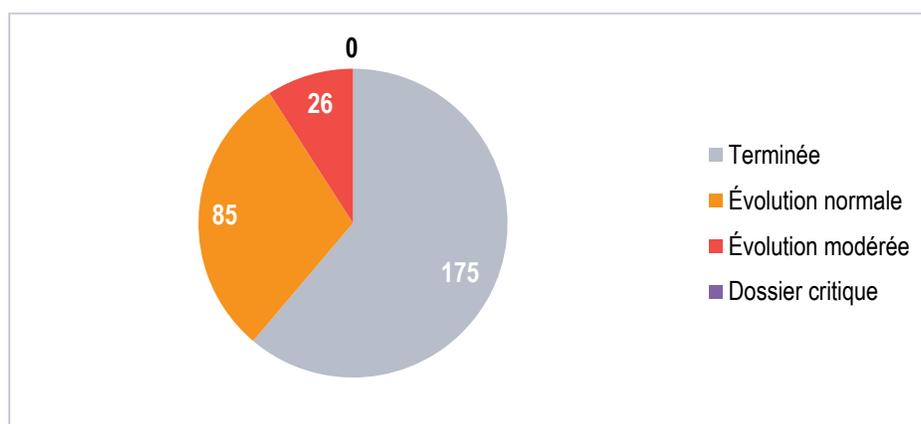
Taux de participation : 100 %

Médecin examinateur		
	2014 - 2015	2015 - 2016
Nombre de plaintes conclues	155	97
Nombre de plaintes examinées avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (plaintes portant sur des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques).	Non disponible	Non disponible
Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi.	5	3
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	54	64

Principaux motifs de plaintes (par catégorie d'objets)		
Catégorie d'objets	2014 - 2015	2015 - 2016
Accessibilité	15	15
Aspect financier	1	0
Droits particuliers	21	19
Milieu et ressources	1	0
Relations interpersonnelles	51	40
Soins et services dispensés	120	68
Autres	1	0

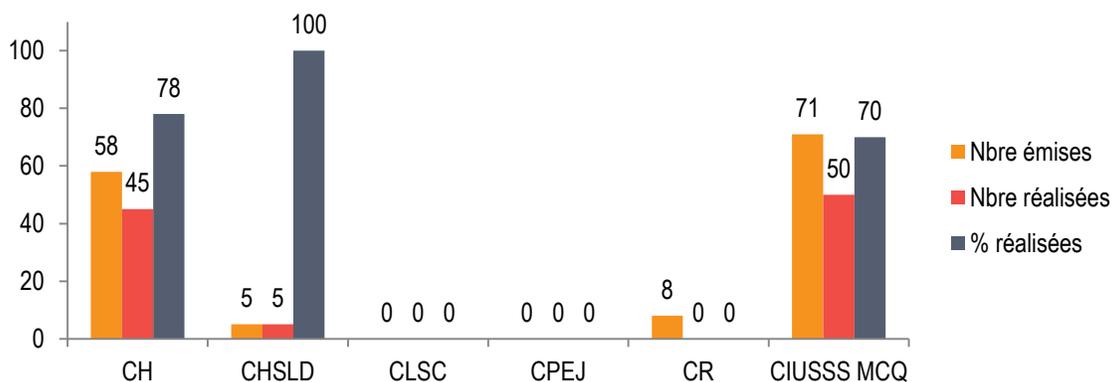
Nombre de recommandations ou mesures émises ou réalisées 1 <sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016			
Type d'installation	Émises	Réalisées	% réalisées
CH	553	372	67 %
CHSLD	120	74	62 %
CLSC	130	86	66 %
CPEJ	88	53	60 %
CR	26	20	77 %
Agence	105	77	73 %
CIUSSS MCQ	1 022	682	67 %

**Suivi des recommandations pour le CIUSSS MCQ**  
1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016



**Traitement des plaintes médicales**

**Nombre de recommandations ou mesures émises ou réalisées**  
1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016



## **Recommandations**

Des recommandations, qui visent à corriger certains objets de plaintes assez fréquents et pour lesquels les mesures recommandées devraient permettre de réduire les insatisfactions à l'avenir, ont été émises :

- La révision des procédures sur la gestion des petites réclamations et sur la gestion des biens personnels, afin de favoriser un traitement plus rapide et plus satisfaisant pour les usagers;
- La mise en place d'un mécanisme de liaison permettant de prioriser l'accès à un médecin de famille pour les usagers en perte d'autonomie qui retournent au domicile après une hospitalisation;
- L'élaboration d'une politique claire concernant l'accompagnement des usagers du service de psychiatrie par des proches et de leur participation aux soins et services;
- La clarification des informations transmises aux usagers et à leur famille sur les frais de chambre;
- L'amélioration de la communication aux usagers et à leurs proches lorsqu'un médecin fait appel à l'expertise d'un médecin consultant.

Vous pouvez consulter le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur le site Web de l'établissement au [www.ciusssmcq.ca](http://www.ciusssmcq.ca) sous l'onglet *Documentation/rapports annuels*.

# MIEUX-ÊTRE

## Démarche Entreprise en santé

Souhaitant se positionner comme un leader dans le réseau, le CIUSSS MCQ reconnaît que la santé et le mieux-être du personnel, sont des priorités, particulièrement en contexte de changement. C'est pourquoi le Comité de direction a convenu de viser une stratégie de mobilisation unique, selon la norme Entreprise en santé, plutôt que de poursuivre des démarches individuelles dans les anciens établissements. Cette démarche s'intègre à celle de l'agrément.

Rappelons qu'Entreprise en santé est une démarche d'amélioration continue qui vise à maintenir et améliorer la santé globale du personnel par la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles. Portée par la haute direction, s'incarnant au quotidien par le leadership collectif, la démarche Entreprise en santé est coordonnée par l'équipe Qualité de vie au travail, sous la responsabilité de l'adjoint du directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ).

Au cours de l'automne 2015, un comité de coordination transitoire a dressé un état de situation, identifié les urgences, les opportunités et fait des recommandations quant à la suite des choses. Une tournée de tous les comités de santé et mieux-être existants a permis de répertorier les stratégies gagnantes de mobilisation, de valider la formule à privilégier pour le sondage et le futur comité de santé et mieux-être.

En mai 2016, employés et médecins sont invités à faire connaître leur avis sur les quatre sphères, soit les pratiques de gestion, l'équilibre travail-vie personnelle, les habitudes de vie et l'environnement de travail. En répondant à ce sondage, le personnel peut ainsi contribuer directement à la construction d'un CIUSSS à son image.

## Développer un leadership collectif pour une transformation réussie

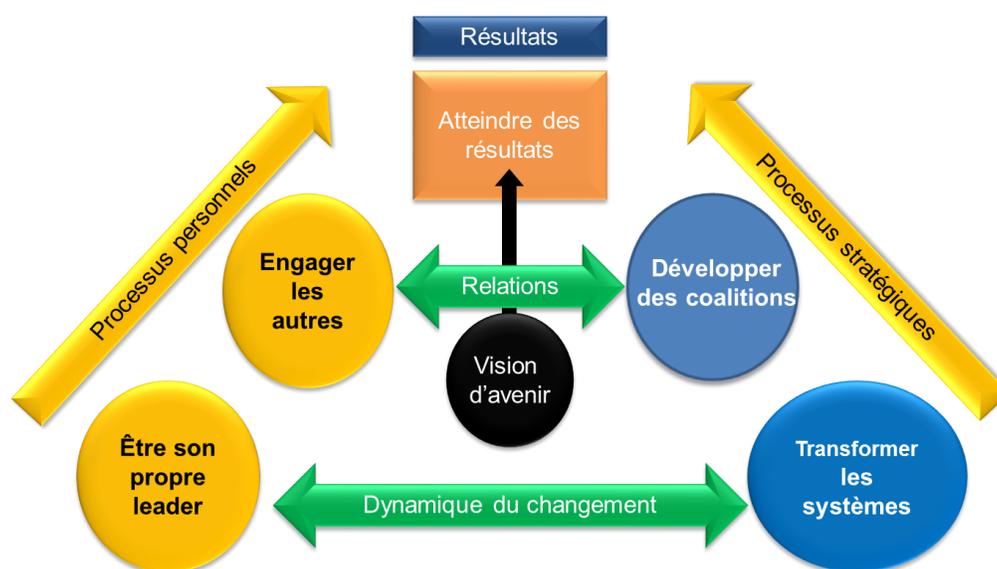
La mise en place du CIUSSS MCQ amène pour les gestionnaires une transformation importante dans la façon d'exercer leur leadership. La diminution du nombre de gestionnaires et de paliers hiérarchiques, l'étendue du territoire et les nombreux sites à couvrir complexifient la transformation organisationnelle majeure à laquelle ils sont conviés. Le comité de direction s'est donné comme vision de développer un leadership collectif fort et cohérent pour réussir cette transition.

Pour y arriver, le CIUSSS MCQ a donc choisi le Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS du Collège canadien des leaders en santé comme modèle intégrateur afin de développer les capacités de leadership de ses gestionnaires. Ce modèle qui fédère les cultures passées permet de se tourner vers une gestion qui favorise l'amélioration continue et une gestion des ressources humaines de proximité.

LEADS définit le leadership non pas en fonction du pouvoir que détient un leader ou des ressources qu'il a à sa disposition, mais plutôt en fonction de sa capacité d'engager et de mobiliser les autres en vue d'atteindre un but commun constructif. Il comprend cinq domaines du leadership efficace en santé : Être son propre leader, Engager les autres, Atteindre des résultats, Développer des coalitions et Transformer les systèmes.

LEADS représente pour le CIUSSS MCQ la fondation sur laquelle le plan de développement collectif des gestionnaires se repose. D'ailleurs, dans le cadre de la réorganisation clinique de l'établissement il a permis d'évaluer l'adéquation entre les capacités de leadership des gestionnaires et les affectations disponibles. De plus, chaque individu nommé à un poste d'encadrement au sein du CIUSSS a été soumis à une autoévaluation rigoureuse s'appuyant sur le cadre LEADS afin de leur permettre de réaliser un plan de développement individuel visant à soutenir leur apprentissage et développer leur leadership.

## Le cadre des capacités de leadership en santé LEADS en tant que guide du changement



### La gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO) : de la planification à l'action

Comme lors des années précédentes, selon l'exigence de la Loi sur la santé et les services sociaux, la DRHCAJ a déposé son Plan de gestion prévisionnelle de la main d'œuvre 2015-2016 au MSSS le 30 septembre dernier. La mise à jour du plan a permis de dresser un portrait juste de la main d'œuvre de l'établissement. Ce plan regroupait les données statistiques relatives à la main d'œuvre de chaque ancien établissement, en plus de présenter un plan d'action contenant un lot d'initiatives à entreprendre dans les années à venir afin d'améliorer l'attraction et la rétention de certains titres d'emploi jugés vulnérables ou en demande.

### Coordination et gestion des stages en 2015-2016

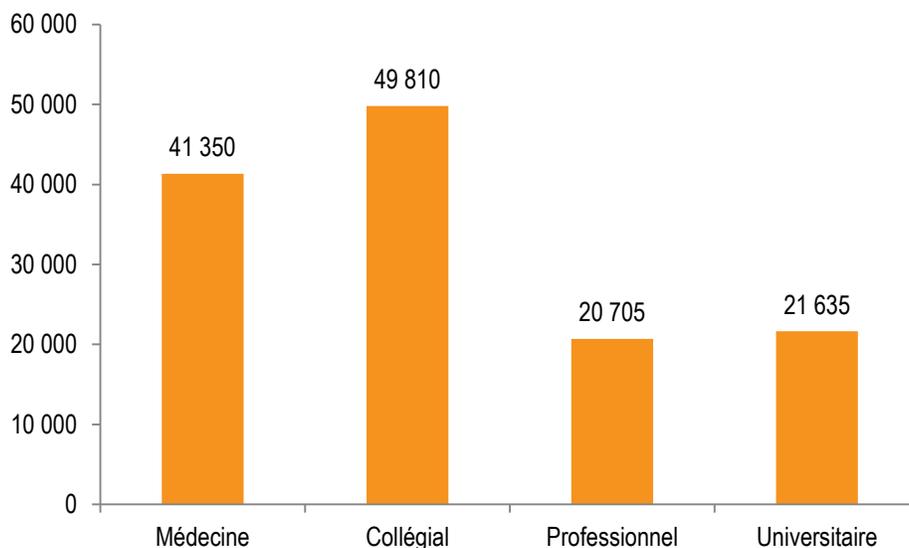
En 2015-2016, le CIUSSS MCQ a accueilli au-delà de 7 990 stagiaires, dans plus de 60 disciplines différentes, issus de 50 maisons d'enseignement. En additionnant tous les stages de toutes les installations, c'est 92 150 jours de stages professionnels, techniques et universitaires qui ont été effectués au CIUSSS MCQ. En ajoutant les quelque 41 350 jours de stages en médecine, le total est porté à 133 350 jours de stages. En sachant que les stages s'effectuent habituellement en semaine, durant la période scolaire, c'est près de 515 stagiaires que l'établissement accueille chaque jour ouvrable de l'année. Il est intéressant de noter que la grande majorité des stagiaires (94 %) proviennent des maisons d'enseignement situées sur notre territoire. En médecine, plus de 60 % du volume de stage est attribuable aux étudiants dont le port d'attache est le CIUSSS MCQ. En effet, près de 35 % du volume de stage de médecine provient du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie et 27 % du volume GMF-U/UMF du CIUSSS MCQ, soit Drummondville, Trois-Rivières et Shawinigan.

Les stages en soins infirmiers représentent plus de 60 % de tous les stages professionnels et techniques de l'organisation. Du côté universitaire, on observe la même tendance avec les stages en médecine qui occupent près de 67 % de tous les stages universitaires effectués au CIUSSS MCQ. D'une manière globale, en 2015-2016, 690 stagiaires en médecine ont généré plus de 31 % du volume total de stages du CIUSSS MCQ.

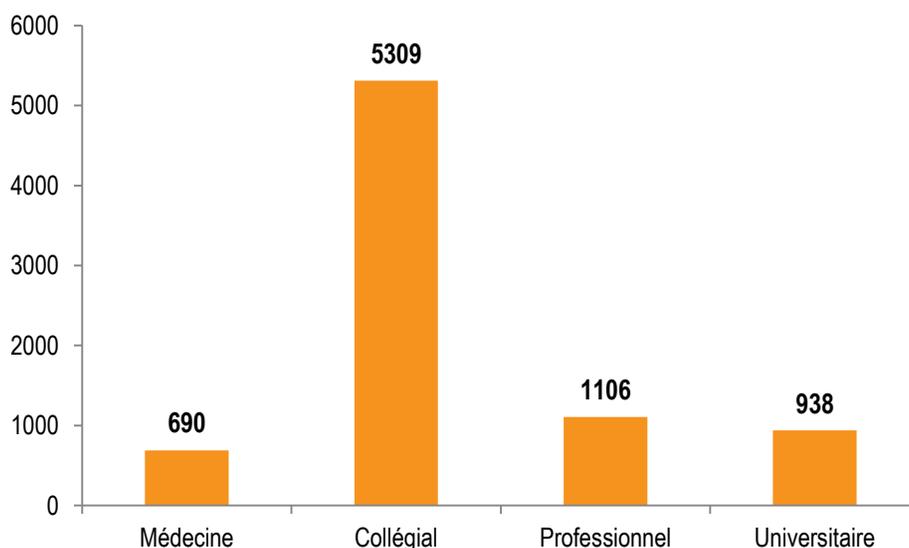
Bien qu'il y ait une légère augmentation du nombre de stages en médecine, ces statistiques sont très peu semblables à celles de l'an dernier, avec une légère diminution du nombre total de stages. L'écart peut s'expliquer

en partie par des difficultés de capacité d'accueil dans certaines disciplines. Par ailleurs, l'année de réorganisation a pu inciter certains gestionnaires et superviseurs à diminuer le nombre de stagiaires accueillis dans leur service.

### Nombre de jours de stage en 2015-2016



### Nombre de stagiaires en 2015-2016



### Les meilleures recrues au service de la clientèle

Chaque année, le CIUSSS MCQ met un maximum d'efforts pour trouver les meilleures recrues afin d'offrir des services de la plus grande qualité à la clientèle. Cette année encore, la récolte a été fructueuse puisque plus de 3 500 processus de sélection ont été réalisés permettant ainsi l'embauche de 1 402 nouveaux employés. L'attraction

de ces nouveaux talents passe, entre autres, par l'utilisation de la plate-forme Web de recrutement régional travaillerensanté.com. Plusieurs activités de recrutement sont aussi exploitées, dont la participation aux événements « journées carrière ». Des représentants de la DRHCAJ ont d'ailleurs été présents dans plusieurs événements.

Au 31 mars 2016, le CIUSSS MCQ comptait dans ses rangs 17 377 employés, pour un total de 13 448 équivalents temps complet (ETC).

## Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016*				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	1 134 425	1 192	1 135 618	625	673
	2015-16	1 027 096	964	1 028 060	565	625
	Variation	(9,5%)	(19,2%)	(9,5%)	(9,5%)	(7,1%)
2 - Personnel professionnel	2014-15	3 136 677	15 368	3 152 045	1 744	2 245
	2015-16	3 161 135	13 113	3 174 248	1 756	2 225
	Variation	0,8%	(14,7%)	0,7%	0,7%	(0,9%)
3 - Personnel infirmier	2014-15	6 983 461	236 102	7 219 563	3 757	5 039
	2015-16	6 958 724	210 074	7 168 798	3 748	4 987
	Variation	(0,4%)	(11,0%)	(0,7%)	(0,2%)	(1,0%)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	11 106 867	188 465	11 295 332	6 144	8 411
	2015-16	10 986 065	191 727	11 177 792	6 076	8 212
	Variation	(1,1%)	1,7%	(1,0%)	(1,1%)	(2,4%)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 599 298	40 959	2 640 257	1 327	1 984
	2015-16	2 519 416	37 914	2 557 330	1 285	1 890
	Variation	(3,1%)	(7,4%)	(3,1%)	(3,2%)	(4,7%)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	35 797	80	35 876	20	123
	2015-16	32 559	51	32 610	18	107
	Variation	(9,0%)	(36,2%)	(9,1%)	(8,5%)	(13,0%)
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>24 996 525</b>	<b>482 166</b>	<b>25 478 691</b>	<b>13 617</b>	<b>17 748</b>
	<b>2015-16</b>	<b>24 684 995</b>	<b>453 843</b>	<b>25 138 838</b>	<b>13 448</b>	<b>17 377</b>
	<b>Variation</b>	<b>(1,2%)</b>	<b>(5,9%)</b>	<b>(1,3%)</b>	<b>(1,2%)</b>	<b>(2,1%)</b>

\*Les données de ce tableau peuvent varier de celles du portrait des effectifs.

## Santé et sécurité au travail

En santé et sécurité au travail, l'année 2015-2016 a été marquée par la réorganisation du service de santé et sécurité au travail. Toutes les équipes des bureaux de santé ont réussi à traiter l'ensemble des dossiers malgré cette transformation, et ce, jumelée à une augmentation de l'absentéisme.

Le taux d'assurance salaire en 2015-2016 pour le CIUSSS MCQ est de 6,40 %. Ce taux démontre une augmentation par rapport à l'année précédente. Selon l'analyse effectuée par le service de santé et sécurité au travail, les facteurs reliés à l'augmentation sont principalement dus à des causes externes au travail.

Le service de santé et sécurité au travail a également préparé un plan d'action qui comporte plusieurs projets pour contribuer à instaurer les meilleures pratiques en place pour réduire le taux d'assurance salaire. Ce plan d'action comporte trois sphères principales soit, l'organisation du travail, l'élaboration de pratiques de gestion pour miser sur le leadership collectif en matière de gestion intégrée de la présence au travail et le développement d'indicateurs de gestion.

Le service de santé et sécurité au travail a aussi été choisi pour faire partie des cellules modèles et ainsi améliorer les processus internes pour viser une meilleure efficacité à tous les niveaux. De plus, au cours de la prochaine année, il est prévu d'augmenter l'apport des comités paritaires en santé et sécurité au travail, principalement pour travailler à la prévention dans tous les secteurs.

## L'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels

En 2015-2016, le CIUSSS MCQ a reçu 165 demandes d'accès à l'information réparties de la façon suivante :

### Loi sur l'accès aux documents

- 78 de ces demandes ont été traitées en conformité avec la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels :
  - 56 demandes ont été traitées dans un délai de 20 jours; 17 demandes ont été répondues dans les 30 jours et 5 demandes ont été répondues dans un délai de plus de 30 jours.
- Une demande partiellement acceptée a fait l'objet d'une demande de révision à la Commission d'accès à l'information.

Réponse en 20-30 jours ou plus			Traitement des demandes d'accès			Demande de révision / CAI	Commentaires
20	30	+30	Acceptée	Partiellement acceptée	Refusée		
56	17	5 (*)	70	4	4	1	(*) 3 demandes traitées dans le délai supplémentaire accordé par l'article 49 de la Loi. (autorisation des tiers)
78			78			1	

### Ententes collectives pour le secteur familles d'accueil jeunesse

- 56 de ces demandes ont été traitées en suivant les critères établis par les ententes collectives signées avec les familles d'accueil. Le délai de réponse pour ces demandes est de 30 jours; 18 demandes ont été traitées hors délai.
- Une demande acceptée a fait l'objet d'une demande de révision à la Commission d'accès à l'information.

Réponse en 30 jours ou plus		Traitement des demandes d'accès			Demande de révision / CAI	Commentaires
30	+30	Acceptée	Partiellement acceptée	Refusée		
48	8	52	0	4	1	
56		56			1	

### Ententes collectives pour le secteur DI-TSA

- 31 de ces demandes ont été traitées en suivant les critères établis par les ententes collectives signées avec les résidences d'accueil. Le délai de réponse pour ces demandes est de 30 jours. Trois demandes ont été traitées hors délai.

Réponse en 30 jours ou plus		Traitement des demandes d'accès			Demande de révision / CAI	Commentaires
30	+30	Acceptée	Partiellement acceptée	Refusée		
28	3	31	0	0	0	
<b>31</b>		<b>31</b>			<b>0</b>	

### Demandes d'accès information clinique (dossier usager)

- 69 327 demandes d'accès à l'information clinique ont été traitées dans l'année 2015-2016
- Les détails sont par ancien établissement.

Installation	Nombre de demandes
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	743
Centre jeunesse	658
CSSS Drummond	15 616
Domrémy	Données non disponibles
CSSS l'Énergie	12 228
CSSS Arthabaska-Érable	12 083
CSSS Trois-Rivières	18 373
CSSS Haut St-Maurice	1 756
CSSS Maskinongé	2 885
CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	3 685
Interval	363
CRDITED (DI-TSA)	937

## OPTIMISATION

### L'optimisation des ressources humaines en avant-plan

Le développement de nouveaux outils informatiques a permis de créer un système unique afin de monitorer l'ensemble des activités du secteur et, ainsi, mieux cibler l'endroit où les efforts de recrutement doivent être effectués pour obtenir les résultats les plus payants. Ainsi, on a constaté l'augmentation de l'efficacité de l'équipe de recruteurs et l'amélioration de la qualité des informations transmises aux demandeurs. De nombreux travaux restent toutefois à faire afin de maximiser ce que le Web peut apporter dans les activités courantes.

Finalement, l'année 2015-2016 a entraîné l'obligation de revoir les processus, procédures et politiques existant afin de les uniformiser et ainsi de créer l'entité unique du CIUSSS. Plusieurs de ces documents ont déjà vu le jour et sont en application.

### Urgences et soins critiques

Depuis la création de la Direction adjointe Urgences et soins critiques (DAUSC), un regard critique a été porté sur les structures de poste, les unités de mesure et, globalement, sur la performance des neuf salles d'urgence, des cinq unités des soins critiques et sur le service préhospitalier d'urgence. L'analyse de la performance a mis en lumière une contre-performance de certains secteurs pour lesquels des plans d'optimisation ont été rédigés, notamment pour les urgences mineures et les soins intensifs de Shawinigan.

La DAUSC a mis en place des comités de travail avec les équipes terrains afin de pouvoir actualiser les plans d'action et atteindre les cibles, sans pour autant affecter l'accessibilité et la qualité des services. L'objectif est d'analyser différents secteurs, revoir nos façons de faire et s'assurer que les bonnes personnes sont à la bonne place et que chaque étape d'un service a sa raison d'être.

### RNI : nouveau modèle d'organisation de services

Le CIUSSS MCQ a défini un nouveau modèle d'organisation du continuum de services en RNI présentement en cours d'implantation. Les travaux de collaboration entre les directions cliniques permettent une offre de service mettant au cœur des préoccupations de l'organisation les besoins, la qualité et la sécurité des services. Les travaux visent, entre autres, à :

- harmoniser l'application des balises du cadre de référence des RI-RTF;
- différencier les interventions cliniques des interventions de nature financière ou contractuelle;
- développer l'expertise des intervenants en regard des approches d'intervention et des approches qualité.

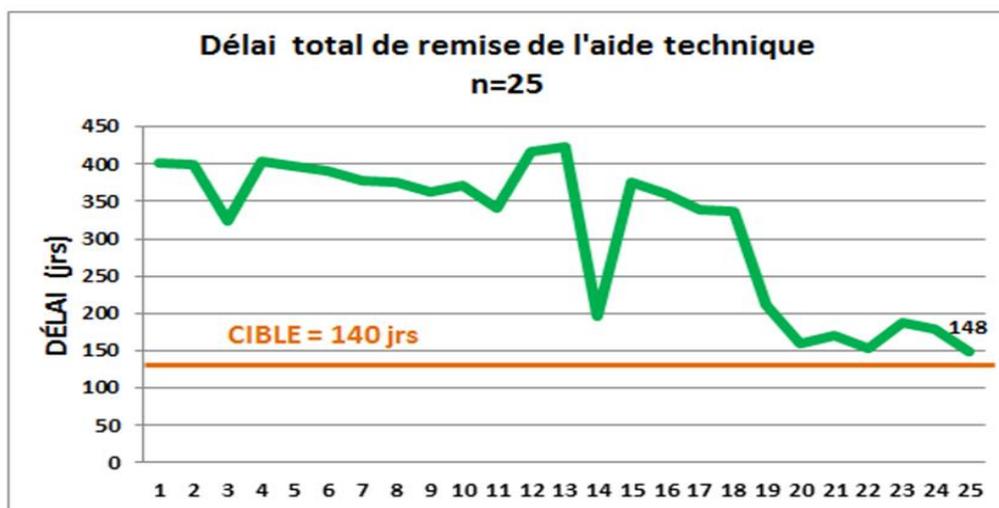
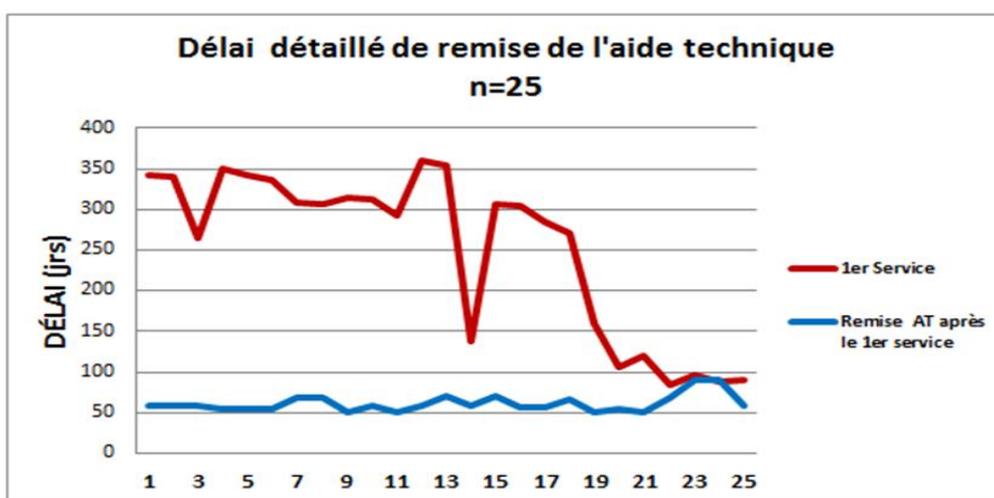
### Optimisation du processus d'attribution des aides techniques au programme de déficience visuelle « PAM » (Projet d'aides en mains)

Cette démarche d'optimisation avait pour but de réviser le processus d'attribution, de réparation et de renouvellement des aides techniques au programme de déficience visuelle par la méthode Lean. Les résultats de l'exercice ont mis en lumière six chantiers de travail potentiels pouvant avoir un impact sur les délais d'attente et la satisfaction de la clientèle : organisation du travail, sources d'information multiples, environnement physique, rôle et responsabilité, aides techniques, RAMQ. Trois chantiers de travail ont été priorisés, soit : organisation du travail, sources d'information multiples, environnement physique.

Voici les résultats du plan d'action :

1. **Trajectoire : réalisé à 55 %.** La cartographie est complétée pour les nouvelles trajectoires, de même que leur mise en œuvre.
2. **Organisation du travail : réalisé à 58 %.** La simplification de la vente des petites aides non RAMQ est en cours, la prise de rendez-vous a été améliorée et l'optimisation de la tenue de dossier se poursuit.
3. **Simplification de l'information : réalisé à 50 %.** La division du dossier physique et la modification de formulaire sont en cours.
4. **Environnement physique: réalisé à 88 %.** Le réaménagement de la réception et du secteur des aides techniques a été fait, mais partiellement compte tenu d'une possibilité de déménagement.

L'établissement est passé de 127 usagers en attente à la période 1 à 56 usagers en attente à la période 11. Ainsi à la période 11, 547 usagers ont été desservis par rapport à un nombre total de 532 en 2014-2015, ce qui constitue une amélioration notable.



## Immobilisations

### **Projet de la Phase II du Centre hospitalier régional : les travaux sont lancés**

Suite à l'annonce de l'autorisation de l'exécution du projet par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, un processus d'appel d'offres public a permis de sélectionner un entrepreneur pour la réalisation complète des travaux tant attendus. En novembre 2015 un imposant chantier d'une durée de près de 42 mois sur le site du CHAUR a débuté. Cet agrandissement majeur prévoit, entre autres, trois nouvelles unités de soins de 40 lits en chambres individuelles, mais aussi d'importants travaux de réaménagement pour l'installation de certains secteurs cliniques, tout en tenant compte des besoins de formation universitaire.

### **Hémodynamie : mise en place des infrastructures**

La mise en place des infrastructures requises au CHAUR pour l'implantation d'un nouveau service d'hémodynamie a été réalisée. La construction d'un bâtiment spécifiquement dédié à ce service hautement technologique, ainsi que des travaux de réaménagement ont été entrepris suite aux premières étapes des plans et devis et d'appel d'offres pour la construction. Des équipements de haute technologie seront installés, calibrés et mis en service pour être en mesure de recevoir un premier cas clinique dès le début de l'année 2017.

### **Centre Famille-Enfant**

Après plus de 10 ans d'efforts soutenus, les travaux d'agrandissement de l'Hôpital Sainte-Croix, pour la création du Centre Famille-Enfant, ont débuté le 19 octobre 2015. Cet agrandissement permettra d'y regrouper les services de périnatalité (13 chambres TARP, 2 chambres GARE, 4 civières de triage et l'ajout un bloc obstétrical de 2 salles d'opération), de pédiatrie (10 chambres, dont une en pression négative, une salle polyvalente de 3 civières et 4 civières d'observation) et la centrale de prélèvement. Ces travaux permettront de répondre à la vétusté et au manque chronique d'espace des lieux occupés actuellement par ces services.

L'autorisation ministérielle du 13 juillet 2015 permettait l'exécution de travaux pour un montant de 28,9 M\$ comprenant le coût de construction et les frais administratifs contingents. S'ajoutent à ce montant la réserve pour risque, les frais de gestion de projet et les frais de financement temporaire pour un coût total estimé de 36,4 M\$. La fin des travaux est prévue pour le mois de septembre 2017.

## Logistique

Essentiellement, la nouvelle Direction de la logistique a commencé à identifier les pistes d'optimisation auxquelles elle devra s'attaquer dans les prochaines années pour permettre au CIUSSS MCQ de réallouer les économies à ses priorités cliniques au bénéfice de toute la population du territoire.

Plus particulièrement au niveau de la gestion contractuelle, des efforts importants ont été investis afin de faire l'inventaire des achats effectués par les anciennes organisations (dans le contexte de bases de données non unifiées) et des différents contrats ayant cours. Un inventaire exhaustif des produits et contrats prioritaires à négocier a été effectué et un potentiel d'économies de 7 M\$ sur 3 ans a alors été identifié. En 2015-2016, le résultat des différentes actions et négociations a généré 1 691 000 \$ d'économies nettes. Dans la poursuite des actions entreprises, 3 700 000 \$ d'économies supplémentaires ont été ciblées pour 2016-2017.

Au niveau des transports, les différents flux de circulation de marchandises sur le territoire ont été évalués et réajustés afin d'optimiser les coûts. Un guichet unique « transport » devrait voir le jour au cours de la prochaine année pour pousser plus loin les économies liées, cette fois-ci, aux flux élargis de circulation existants sur le territoire.

Au niveau des activités de buanderie, la dernière année a été consacrée à poursuivre la mise en place de mesures pour améliorer la performance des différents centres de production existants. À Drummondville, les volumes de linge autrefois lavé par le privé au Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot ont été pris en charge par la buanderie

du Centre hospitalier Sainte-Croix. Cela a permis d'améliorer la performance de cette buanderie de l'ordre de 40 %, de la positionner parmi les buanderies performantes de la région et d'en assurer ainsi la pérennité.

Au niveau des activités d'alimentation, l'année 2015-2016 a surtout été consacrée à initier certaines mesures d'harmonisation entre les différentes installations; l'année 2016-2017 devrait poursuivre cette recherche d'harmonisation. Dans la prochaine année, un plan directeur en alimentation sera créé afin de guider les actions pour les années subséquentes.

## Ressources informationnelles

À la Direction des ressources informationnelles (DRI), toutes les équipes des différentes installations ont été réunies dans une seule et même organisation. Ces ressources ont été regroupées selon six secteurs distincts, soit les infrastructures, le centre de services, les systèmes d'information, le service de proximité, le service de développement et le bureau de projets.

En 2015-2016, la DRI a complété environ une soixantaine de projets. Un projet de grande envergure comme le rehaussement des infrastructures du système de laboratoire régional a été un fait marquant, de même que l'implantation régionale un nouveau système pour les glucomètres avec un serveur centralisé au centre de traitement régional.

Un défi incontournable était de mettre à niveau tous les postes de travail sous le système d'exploitation Windows 7. Plusieurs milliers d'ordinateurs du parc informatique ont été mis à jour dans le but d'une conformité et d'une sécurité avant la fin du support de Windows XP par le fournisseur Microsoft.

Il y a eu également l'implantation du DMÉ (dossier médical électronique) pour les GMF des territoires du Haut-St-Maurice et de la Vallée-de-la-Batiscan. Cette réalisation a permis au personnel en place d'améliorer la prestation de service aux usagers en utilisant un système d'information axé sur un continuum de soins.

Plusieurs mises à niveau ont été faites dans l'ensemble des installations du CIUSSS MCQ, que l'on pense à SIURGE (urgence), MédiVisit (système de rendez-vous), de la téléphonie IP et plusieurs autres.

L'ensemble des directeurs et gestionnaires ont dû relever des défis d'importance au niveau de la mobilité. L'équipe de la DRI a travaillé à mettre en place des outils de communication afin d'assurer la fluidité du travail. Par ailleurs, le BVI (bureau virtuel intervenant) a été mis en place, ce qui permet à un gestionnaire d'accéder à ses applications peu importe son emplacement géographique. Enfin, signalons que plusieurs gestionnaires ont à se déplacer au niveau de la région et cette solution leur permet d'offrir une prestation adaptée à leurs besoins.

---

# **PRIX, RECONNAISSANCE ET RAYONNEMENT**



## Prix et reconnaissance

L'équipe de traumatologie de la Direction du programme DI-TSA et DP se mérite **une bourse de 45 000 \$** pour implanter des outils d'évaluation et d'intervention grâce à la sélection de son projet « Systématiser l'évaluation des troubles de fatigue et de sommeil chez la clientèle ayant un TCCL et harmoniser l'intervention » par le comité directeur de la recherche en traumatologie de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

L'équipe du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) et de la Maison de naissance de la Rivière reçoivent le **prix reconnaissance AMPRO<sup>OB</sup>** (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux). Cette double reconnaissance est une première au Québec et est le fruit des efforts de deux équipes qui se sont démarquées par leur excellent travail, soit en se distinguant particulièrement par le traitement de la césarienne urgente.

Le personnel de la psychiatrie interne de l'Hôpital Sainte-Croix a reçu un **hommage pour son dévouement et l'attention portée à l'humain derrière le patient**. Cette reconnaissance, initiée par Dre Marie-Claude Parent, lui a été inspirée, entre autres choses, par la lecture du livre *Une âme et sa quincaillerie*, de M. Labonté. Dans son livre, l'auteur fait état du passage de sa mère à l'unité de courte durée de psychiatrie où elle a été hospitalisée à quelques reprises. Afin d'immortaliser cet événement, les psychiatres ont remis une plaque commémorative à l'intention du personnel. Ce fut l'occasion aussi de remercier chaleureusement l'auteur pour sa grande générosité, sa disponibilité et son ouverture à parler de son expérience personnelle en lien avec la maladie mentale.



Lors du Congrès annuel du Regroupement Provincial des Comités des Usagers (RPCU) qui a eu lieu à la fin du mois d'octobre 2015, le comité des usagers d'Arthabaska-et-de-l'Érable a reçu le **prix du Comité de l'année dans le cadre des prix RPCU de l'Excellence 2015**. Il a reçu ce prix pour avoir développé un modèle de représentation adapté à sa clientèle, pour l'innovation d'outils pratiques pour le comité et pour sa contribution au RPCU à titre de membre fondateur.



Le Groupe de ressourcement aux familles et aux proches d'une personne en perte d'autonomie du Centre d'hébergement Frederic-Georges-Heriot à Drummondville a été récompensé pour son travail lors du dernier colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec qui s'est tenu en novembre 2015. Ce programme qui fêtait récemment ses 20 ans d'existence a ainsi remporté le **Prix Reconnaissance 2015 dans la catégorie Rayonnement**.

M<sup>me</sup> Nancy Gilbert, adjointe à la directrice et responsable de l'éthique à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) a reçu un prestigieux prix, soit la **Mention d'excellence de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec**. Le prix lui a été remis par de M. Alain Bibeau, erg. M.Sc., PDG de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, en présence de collègues, partenaires et amis, le 15 décembre dernier.



M<sup>me</sup> Marie-Josée Martel, professeure en sciences infirmières, chercheuse régulière à l'Université du Québec à Trois-Rivières et membre du Conseil d'administration du CIUSSS MCQ a reçu le **Prix Florence 2016**, catégorie *Prévention de la maladie*, attribué par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. M<sup>me</sup> Martel a contribué à transformer les pratiques en néonatalogie au Québec, à instaurer les soins du développement, à encadrer l'établissement de la relation parent-enfant prématuré et à transmettre l'importance de l'examen clinique du nouveau-né.



Le **prix hommage du Colloque régional de traumatologie** a été remis à M<sup>me</sup> Denise Trudel, afin de reconnaître son leadership et sa quête d'excellence dans les soins et services en traumatologie pour la région de la Mauricie et du CHAUR. Elle est celle qui s'assure que les actions de tous les intervenants de l'équipe de traumatologie soient coordonnées dans le but d'offrir les meilleurs soins à l'utilisateur.

Le CIUSSS MCQ et le comité de coordination locale du CMDP de l'Énergie ont souligné la contribution exceptionnelle de Dr Dany Sirois en lui remettant le **Prix hommage Pierre-Hamel** pour son implication au sein des différents comités, son professionnalisme, son dévouement et sa contribution au rayonnement de l'organisation.



Le **prix Innovation clinique Banque Nationale 2015** de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie/Centre-du-Québec est décerné au projet intitulé « Suivi posthospitalisation des personnes atteintes d'une infection au C. difficile ». Le projet de suivi posthospitalisation des usagers ayant fait un épisode d'infection au C. difficile a été initié par le CSSS Drummond, maintenant intégré au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

## Bons coups

### Accueil de délégations gabonaise et française

Le CIUSSS MCQ a reçu la visite d'une délégation gabonaise (Afrique) le 11 novembre dernier au CHAUR. Le but de cette visite était de prendre connaissance des développements dans le domaine de la pratique des soins infirmiers en milieu hospitalier au Québec. Les départements de soins ciblés pour la visite étaient la périnatalité et la pédiatrie, des secteurs particulièrement précaires et qui appellent des modifications de pratiques pour atteindre les objectifs du millénaire en matière de santé au Gabon. Il est important de souligner que le Gabon a encore des défis importants à relever pour diminuer les taux de mortalité périnatale et infantile ainsi que pour améliorer les soins à cette clientèle.



Le CIUSSS MCQ a également accueilli une délégation française les 24 et 25 novembre 2015. L'objectif principal de cette délégation était de prendre connaissance et d'échanger sur les pratiques sociales du Québec touchant les services de réadaptation ainsi que les services spécifiques à la jeunesse et aux personnes âgées.

### Désignation à titre de centre secondaire pour l'Hôpital Sainte-Croix

L'Hôpital Sainte-Croix du CIUSSS MCQ est maintenant désigné à titre de centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC, et ce, pour une période de quatre ans.

### Repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement en déficience intellectuelle

Le 30 octobre dernier, le Conseil québécois d'agrément a octroyé aux Services en DI-TSA, l'homologation « Milieu Novateur – phase 2 » pour le projet novateur : « Repérage interdisciplinaire des difficultés cognitives liées au vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle ».



### Une réponse plus rapide aux appels Info-Santé / Info-Social

L'année 2015 est marquée par une amélioration de la performance de la ligne Info-Santé / Info-Social (811). En effet, le délai moyen d'attente pour parler à une infirmière d'Info-Santé est de moins de deux minutes. En ce qui a trait à la ligne Info-Social, le délai moyen d'attente pour s'adresser à un intervenant est de 20 secondes. La qualité et l'accès rapide aux services ont permis la signature d'une entente afin de desservir la population de l'Abitibi-Témiscamingue. De plus, un système d'auto-triage a été instauré en novembre dernier pour la ligne Info-Social. L'utilisateur doit identifier la nature de sa demande, ce qui permet ainsi aux intervenants de prioriser et de répondre encore plus rapidement aux situations de crise.

### Recrutement de médecins

Depuis 2004, 259 nouveaux médecins ont été recrutés en Mauricie-Centre-du-Québec. Sur 10 ans, la région a augmenté de 32 % ses effectifs médicaux, passant de 400 à 530 médecins. Selon ces données, la région est celle qui a le plus progressé au fil des dix dernières années et l'arrivée du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie

fut un facteur majeur de cette progression. Depuis l'implantation du campus il y a 11 ans, plus de 220 étudiants ont complété leur doctorat en médecine en Mauricie. Pour la population, ces retombées sont très importantes quant à l'accessibilité aux services médicaux. Pour 2016, 26 nouveaux médecins débiteront leur pratique en Mauricie-et-au-Centre-du-Québec.

### **Distribution de médicaments à l'ancien CSSS Maskinongé**

L'équipe du département de la pharmacie œuvrant au Centre Cloutier-du-Rivage de Trois-Rivières assure, depuis l'été dernier, la préparation et la distribution des médicaments à 125 résidents et usagers de l'unité de courte durée gériatrique du Centre de services Avellin-Dalcourt à Louiseville. Cette pharmacie détient une technologie de pointe avec la mise en place d'équipements permettant d'ensacher les médicaments dans l'ordre qu'ils doivent être administrés. Ainsi, l'ancien CSSS de Maskinongé, faisant désormais partie du CIUSSS MCQ, a maintenant accès à cette technologie qui lui permettra de distribuer les médicaments aux résidents et usagers de son territoire sous la forme de sachets unidose et multidose. Avec les nouveaux appareils, l'établissement offre des services plus sécuritaires avec une plus grande efficacité.



### **Un gym inclusif**

La ville de Victoriaville, le CIUSSS MCQ et le Gymnase Maxi-Forme ont lancé officiellement, le 16 février dernier, un premier circuit de sept appareils de conditionnement physique inclusif destiné aux personnes en situation de handicap. L'acquisition des appareils a été rendue possible grâce à la mobilisation de plusieurs partenaires locaux, tels que la Fondation InterVal du CIUSSS MCQ et la Fondation Maison Fontaine de vie. De plus, le Gymnase Maxi-Forme a bénéficié d'une subvention dans le cadre du programme de subventions *Victoriaville ville inclusive* pour les commerces et services.

### **SAC d'outils ergo**

Ce projet de transfert de connaissances, élaboré par les ergothérapeutes des services en DI-TSA, permet un rayonnement par le biais de la formation qui est offerte aux ergothérapeutes des différents établissements de santé et scolaire du

Québec. À ce jour, 183 ergothérapeutes sont membres de la communauté de pratique. Près de 150 fiches ont été complétées et d'autres sont en travaux.

### **La Virée des mères et des pères**

Dans le cadre de la Virée du maire de Trois-Rivières, un groupe composé de sept mamans et d'un papa ont participé à la course à pied de 5 km le 14 juin 2015. Le défi a été lancé par deux travailleuses sociales du CIUSSS MCQ. Les participants à cette virée sont des jeunes parents qui bénéficient de programmes pour les soutenir dans une démarche qui se veut porteuse de changements positifs en lien avec leur santé et bien-être. Cette initiative vise à renforcer leur pouvoir d'agir face à leurs projets de vie.

### **Nouveau point de service de la Maison de naissance de la Rivière à Drummondville**

En fonction depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, le nouveau point de service de la maison de naissance a déjà permis à 25 femmes et couples de Drummondville et des environs de bénéficier d'un suivi de grossesse avec une sage-femme à proximité de leur domicile. En plus des suivis pré et postnatals qui sont offerts au nouveau point de service, les futurs parents de Drummondville et des environs inscrits à la Maison de naissance de la Rivière ont une option supplémentaire quant au lieu d'accouchement. Ils pourront choisir entre un accouchement à la maison de naissance située à Nicolet, à leur domicile ou à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville.



## Colloques et Forums

- 2<sup>e</sup> Symposium régional de soins critiques
- 3<sup>e</sup> édition du Rendez-vous de la relève médicale Mon Choix Mauricie Centre-du-Québec
- Carrefour des professions d'Avenir Centre-du-Québec
- Journée des partenaires en prévention du suicide en collaboration avec le centre de Prévention Suicide les Deux Rives (CPS 2R), la Sécurité publique de Trois-Rivières (SPTR), l'Accalmie et la Chrysalide
- 14<sup>e</sup> Colloque en troubles graves du comportement du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC)
- 14<sup>e</sup> Rendez-vous de l'Institut universitaire en DI et en TSA
- Participation au congrès annuel de l'Association des Pharmaciens des Établissements de Santé du Québec (APES)
- Sommet interdisciplinaire pour l'accessibilité en première ligne de Drummondville
- Colloque régional de traumatologie 2015 sous le thème *Continuer ou arrêter*
- Carrefour des pratiques 2015 en violence conjugale et agressions sexuelles
- Forum des partenaires sur le territoire du Haut-Saint-Maurice
- Journée de formation croisée sur les troubles concomitants chez les aînés organisée par les services en dépendance du CIUSSS MCQ, en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives (RISQ) et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

---

# **DONNÉES OPÉRATIONNELLES ET FINANCIÈRES**



# TABLEAUX DE BORD ET BILAN DES ENTENTES DE GESTION

## Les attentes spécifiques 2015-2016

Section 1 : Mise en œuvre de la Loi		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
1. Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
2. Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3. Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4. Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
5. Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
6. Privilèges des médecins et des dentistes	ANNULÉ PAR LE MSSS	
7. Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8. Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ PAR LE MSSS	
9. Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
10. Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
<p><u>Nomination des pharmaciens</u> Le processus de renouvellement du statut et des privilèges des pharmaciens sera complété à l'automne 2016. La direction des services professionnels et de la pertinence clinique effectue les travaux nécessaires en ce sens. Entre temps, les statuts actuels des pharmaciens sont maintenus.</p>		
<b>Nom du responsable :</b>	Martin Beaumont, CA et comité exécutif Doris Johnston, plaintes Marta Acevedo, accès à l'information et assurance responsabilité civile Éric Tremblay, coordination des réseaux Alain Bureau et Hugo Toupin, nominations des pharmaciens	<b>Date :</b> 2016-04-20 2016-05-19 2016-05-24  2016-05-24 2016-05-16

<b>Section 2 : Santé publique</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
2.1 Priorités régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<b>Nom du responsable :</b> Nathalie Cauchon		<b>Date :</b> 2016-05-31

<b>Section 3 : Services sociaux</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	ANNULÉ PAR LE MSSS	
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.6 Personnes âgées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.7 Personnes âgées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.8 Personnes âgées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.9 Personnes âgées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<p><u>Offre de services sociaux généraux</u>            En 2010, nous avons déployé le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social). Donc, cette cible est atteinte depuis ce temps pour notre région, soit le CIUSSS MCQ.</p>		
<p><u>Programme-services Dépendances</u>            Atteinte des objectifs quant à la mise en place d'une structure de transfert des connaissances et de diffusion des meilleurs pratiques, par le déploiement de formations croisées régionales en 2015-2016. La poursuite des mesures s'effectue dans le cadre des travaux de la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance.</p>		
<b>Nom du responsable :</b>	Patrick Lebel et Hugo Toupin, services sociaux généraux Lyne Girard, déficience Majorik Bouchard, dépendances Chantal Rivard, personnes âgées	<b>Date :</b> 2016-05-16 2016-05-18 2016-05-19 2016-05-19

<b>Section 4 : Services de santé et médecine universitaire</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ PAR LE MSSS	
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne (GMF)	Lettres de confirmation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.6 Continuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ PAR LE MSSS	
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<p><u>Accès aux services de première ligne</u> Le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF), qui remplace le Cadre de gestion GMF, n'a été mis en œuvre qu'au mois de novembre 2015.</p> <p>Dans la région, seulement une unité de médecine familiale (UMF) n'était pas sous le modèle GMF, soit l'UMF de Shawinigan. Bien que les médecins de cette UMF étaient intéressés à migrer vers le modèle GMF, les démarches ont été retardées par les délais quant à la mise en œuvre du Programme GMF. Toutefois, dès la mise en œuvre du Programme GMF, les médecins de l'UMF de Shawinigan ont entrepris les démarches pour y adhérer. Leur demande d'adhésion a été soumise au MSSS le 29 février 2016.</p> <p>De plus, une demande d'ajout du site Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellin-Dalcourt au GMF Clinique médicale St-Laurent avait été déposée au MSSS le 26 février 2015. Par contre, une modification du permis d'exploitation de cette installation était nécessaire pour que le site puisse être reconnu. Les délais engendrés par l'acceptation de la modification du permis d'exploitation de l'établissement par le MSSS ont fait en sorte que le nouveau permis n'a été délivré que le 9 mars 2016. Les démarches pour ajouter ce site au GMF St-Laurent, suite à sa reconnaissance en vertu du Programme GMF, seront effectuées au cours des prochains mois.</p> <p>Les délais quant à la mise en œuvre du Programme GMF n'ont pas favorisé la création d'un nouveau GMF. Toutefois, avec la mise en œuvre du Programme, les GMF déjà existants se sont réorganisés, certains se sont fusionnés d'autres se sont scindés, ce qui fait en sorte qu'au 15 mars 2016, 23 demandes d'adhésion au Programme ont été effectuées au MSSS en plus d'un GMF qui n'avait pas l'obligation d'adhérer avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017.</p> <p>Le répertoire est conforme à l'offre de service réelle des GMF</p>		
<b>Nom du responsable :</b>	André Sauvé, Julie Poirier et Jean-François Bussières, SM Dr Christian Vinette, GMF et douleur chronique Patrick Lebel et Hugo Toupin, répertoire des GMF Marie-Josée Tremblay et Chantal Brochu, continuum AVC Chantal Bournival, soins palliatifs de fin de vie	<b>Date :</b> 2016-05-18  2016-05-12  2016-05-16  2016-05-18  2016-05-18

<b>Section 5 : Finances, Immobilisations et Budget</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<b>Nom du responsable :</b> André Beaulieu		<b>Date :</b> 2016-05-27

<b>Section 6 : Coordination</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Bilan des activités	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
<b>Nom du responsable :</b> Marc Nolin		<b>Date :</b> 2016-05-25

<b>Section 7 : Planification, performance et qualité</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ PAR LE MSSS	
<b>Nom du responsable :</b> Martin D'Amour et Claudia McMahon		<b>Date :</b> 2016-05-24

<b>Section 8 : Technologies de l'information</b>		
<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
8.1 8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.2 8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Plan de soutien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

Section 8 : Technologies de l'information		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
		<input type="checkbox"/> Pas concerné
8.4 Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	4 – État de santé des projets	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<b>Nom du responsable :</b> Daniel Brouillette		
		<b>Date :</b> 2016-05-23

## Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Sécurité et pertinence</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>4</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>5</sup> 2015-2016</b>
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	80	100
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
<b>Commentaires :</b>	Données validées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Élise Leclair, Dre Danièle Samson et Chantal Brochu		<b>Date :</b> 2016-06-13

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Prévention des infections</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>6</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>7</sup> 2015-2016</b>
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans		4 835	5 754
<b>Commentaires :</b>	Les actions menées au cours de l'année ont permis de dépasser l'engagement fixé.		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Chantal Raymond		<b>Date :</b> 2016-06-13

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Première ligne et urgence</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>8</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>9</sup> 2015-2016</b>
1.09.25-PS Nombre total de GMF	22	23	22
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,7	75,0	80,2
<b>Commentaires :</b>	Groupe de médecine de famille (GMF)		

<sup>4</sup> Résultats en date du 31 mars 2015 fournis par la Direction de santé publique le 20 mai 2015.

<sup>5</sup> Résultats en date du 30 mai 2016 provenant de l'Institut national de santé publique du Québec.

<sup>6</sup> Aucun résultat pour 2014-2015.

<sup>7</sup> Résultats en date du 26 mai 2016 provenant de TBIG.

<sup>8</sup> Résultats en date du 19 mai 2015 provenant de TBIG.

<sup>9</sup> Résultats en date du 31 mars 2016.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Première ligne et urgence</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>8</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
		<b>Résultats<sup>9</sup> 2015-2016</b>	
	<p>Les délais pour la mise en œuvre du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF) n'ont pas permis, en cours d'année, de favoriser la création d'un GMF supplémentaire. Au 31 mars 2016, la région comptait 22 GMF. Par contre, avec la mise en œuvre du Programme GMF le 16 novembre 2015, 23 groupes de médecins ont soumis des demandes d'adhésion au Programme GMF au MSSS pour le 15 mars 2016. De plus, 1 GMF dont la convention n'était pas considérée échue avant janvier 2017 n'avait pas à soumettre une demande d'adhésion pour le 15 mars 2016.</p> <p><u>Accès à un médecin de famille</u>          Au 31 mars 2016, 80,2 % de la population admissible de la région (selon la RAMQ) était inscrite auprès d'un médecin de famille. L'écart notable entre les données antérieures et la donnée actuelle est dû à un ajustement de la méthode de calcul selon les données de la RAMQ.</p>		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Kim Skorupski	<b>Date :</b> 2016-05-02

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Première ligne et urgence</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>10</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
		<b>Résultats<sup>11</sup> 2015-2016</b>	
	1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,44	12,00
	1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	51,4	52,2
	1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59,1	59,9
	<p>Pour les trois indicateurs, les travaux en cours suite à la réalisation de l'audit sur l'applicatif SIURGE permettront d'avoir une lecture plus approfondie des résultats obtenus. L'impact devrait se faire sentir au cours de la prochaine année.</p> <p>Déjà les résultats 2015-2016 au 5 avril 2016 surpassent légèrement l'engagement effectué pour l'année 2015-2016, et ce, même si les travaux viennent de débuter.</p> <p>Pour les délais de prise en charge, l'application du cadre de GMF et l'arrivée de GMF-R devraient contribuer à diminuer ceux-ci, dégageant les médecins de l'urgence d'une partie de la clientèle classée moins urgente (P4-P5). L'atteinte de ce résultat dépend beaucoup de l'assiduité de la clientèle envers leur GMF et aussi de la prise en charge de la clientèle non inscrite par les GMF-R plus particulièrement pour le Trois-Rivières métré considérant le faible nombre de GMF.</p>		
<b>Commentaires :</b>			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Marcel Rheault	<b>Date :</b> 2016-05-05

<sup>10</sup> Résultats en date du 5 avril 2015 provenant de TBIG.

<sup>11</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Services spécialisés</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables.		
<b>Indicateurs (chirurgie)</b>	<b>Résultats<sup>12</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>13</sup> 2015-2016</b>
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an - ensemble des chirurgies	55	0	3
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	0
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	6	0	0
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	39	0	3
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0	0
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	10	0	0
<b>Commentaires :</b>	<p>L'accès à la chirurgie a été priorisé au cours de l'année 2015-2016. Il est d'ailleurs possible de constater une importante diminution du nombre de demandes en attente de plus d'un an passant de 55 au 31 mars 2015 à 3 demandes au 31 mars 2016.</p> <p>Les trois demandes hors délais au 31 mars 2016 sont liées à des successions de périodes de non-disponibilité et de refus par les patients. À ce jour, tous ces patients ont reçu leur chirurgie.</p> <p>Les actions ayant permis d'obtenir ces gains s'articulent autour de trois éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imputabilité partagée au premier niveau de gestion par les gestionnaires de blocs opératoires et les médecins chefs de service. « Passage d'une tradition d'explication à une culture d'explication. »</li> <li>• Révision des processus de suivi, utilisation d'une fiche d'analyse des écarts pour chaque cas hors délai et disponibilité en temps réel des données de l'attente aux équipes de planification.</li> <li>• Ajustements des activités responsables des goulots d'étranglement : ajouts de plages en pathologie par des médecins d'autres établissements, ajustement de l'offre de services en médecine interne pour préparation préopératoire, patients mis en communs par équipes chirurgicales.</li> </ul>		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Parmélie Demers		<b>Date :</b> 2016-05-05

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Services spécialisés</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables.		
<b>Indicateurs (imagerie médicale)</b>	<b>Résultats<sup>14</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>15</sup> 2015-2016</b>

<sup>12</sup> Résultats en date du 6 juin 2015 provenant de TBIG.

<sup>13</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG.

<sup>14</sup> Résultats en date du 5 avril 2015 provenant de TBIG.

<sup>15</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Services spécialisés</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables.		
<b>Indicateurs (imagerie médicale)</b>	<b>Résultats<sup>14</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>15</sup> 2015-2016</b>
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100	90,0	100,0
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	45,8	90,0	51,8
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	89,5	90,0	94,8
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,0	90,0	100,0
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	70,5	90,0	68,8
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	78,1	90,0	93,8
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	78,0	90,0	88,7
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	98,3	90,0	88,1
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	70,6	90,0	64,8
<b>Commentaires :</b>	<p><u>Scopies</u> : Nous avons augmenté le nombre d'examens réalisés de 1,5 % versus 2015-2016. Au niveau du Centre hospitalier affilié universitaire régional, certains examens spécifiques sont faits par un nombre restreint de radiologistes. Plan d'action en cours afin d'augmenter le nombre de radiologistes réalisant ces examens.</p> <p><u>Échographie cardiaque</u> : Des actions sont en cours afin d'assurer une gestion soutenue des listes d'attentes. Les actions portent entre autres sur l'ajustement de l'offre de service afin de répondre à la demande et sur la validation et la révision des listes d'attente actuelles.</p> <p><u>Autres échographies</u> : Hausse de 3,4 % du nombre d'examens réalisés versus 2015-2016. Plan d'action en cours afin d'atteindre la cible, entre autres, par le recours à des technologues autonomes afin de réaliser des examens.</p> <p><u>Tomodensitométrie</u> : Malgré une hausse de 11,6 % du nombre d'examens réalisés versus 2015-2016, nous notons une diminution du pourcentage de clientèle vu dans un délai de moins de trois mois. La croissance de la demande se poursuit, nous sommes à réévaluer notre offre de service afin de l'ajuster en conséquence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Résonance magnétique</u> : Malgré une hausse de la production de 8,5 % cette année versus 2015-2016, force est de constater que le pourcentage des examens réalisés dans les délais a diminué par rapport à l'an dernier. Cette diminution s'explique en grande partie par une demande accrue pour ce type d'examen. Des travaux sur la pertinence devront être réalisés en collaboration avec les radiologistes et les prescripteurs afin d'avoir une adéquation entre l'offre et la demande.</li> </ul>		

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Services spécialisés</b>			
<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables.			
<b>Indicateurs (imagerie médicale)</b>		<b>Résultats<sup>14</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>15</sup> 2015-2016</b>
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Sylvain Tousignant, René Therrien et Hugo Toupin		<b>Date :</b> 2016-05-17	

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Services spécialisés</b>			
<b>Objectif de résultats :</b>	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer.			
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>16</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>17</sup> 2015-2016</b>
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours		78,2	90,0	82,4
<b>Commentaires :</b>	<p>Malgré une amélioration, nous n'atteignons toujours pas la cible. Cependant, chacun des cas hors délai fait l'objet d'une analyse clinique et les dates de chirurgie proposées sont toujours établies en fonction de la condition clinique du patient.</p> <p>Voici les actions mises en place pour augmenter le taux de conformité pour toutes les spécialités dans tous les blocs du CIUSSS MCQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification de la procédure d'inscription des usagers en attente d'une chirurgie résection transurétrale – tumeur de la vessie (RTU TV) selon la directive ministérielle.</li> <li>• Mise en place d'une fiche de suivi pour toutes les chirurgies oncologiques en attente de plus de 28 jours. Celle-ci permet une analyse et un correctif rapide des étapes à optimiser dans le processus de préparation et de planification afin de diminuer les délais en deçà de 28 jours. Cette analyse est faite en cogestion médicale.</li> <li>• La révision systématique de chacune des étapes du processus de planification chirurgicale est en cours.</li> </ul>			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Hélène Tremblay		<b>Date :</b> 2016-05-09	

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes âgées</b>			
<b>Objectif de résultats :</b>	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée.			
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>18</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>19</sup> 2015-2016</b>
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)			10 901	10 535
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à			90,0	87,3

<sup>16</sup> Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de TBIG.

<sup>17</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG.

<sup>18</sup> Aucun résultat 2014-2015.

<sup>19</sup> Résultats en date du 26 mai 2016 provenant de TBIG.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes âgées</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>18</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
	jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)		
<b>Commentaires :</b>	<p><u>Personnes desservies en soutien à domicile</u> Écart de 366 usagers en moins qui fait en sorte que l'engagement est atteint à 96.64 % :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La démarche de pertinence en cours au soutien à domicile a eu un impact sur le nombre d'usagers desservis;</li> <li>• Lors de la mesure à la période 13, certaines erreurs de codification ont été corrigées ce qui a eu pour effet de diminuer le nombre d'usagers visés par la mesure.</li> </ul> <p>À notre avis, le point de départ de la cible devrait être à partir des données du 31 mars 2016.</p> <p><u>Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile</u> Écart de 2,7 % en moins avec l'engagement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous notons une amélioration considérable des résultats à la période 13 en comparaison avec les résultats à la période 6;</li> <li>• L'encadrement clinique et le suivi rigoureux des indicateurs donnent les résultats escomptés comme en témoigne notre taux de conformité;</li> <li>• Ces actions seront poursuivies en 2016-2017.</li> </ul>		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Chantal Rivard	<b>Date :</b> 2016-05-18	

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes âgées</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>20</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
	1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	71,4	57,0
	1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	25,00	25,00
<b>Commentaires :</b>	<p><u>Approche adaptée à la personne âgée</u> Au cours de l'année 2015-2016, les comités ont maintenu leurs travaux dans les différents réseaux locaux de services (RLS). Un plan d'action a été élaboré pour chaque RLS afin d'assurer l'implantation des livrables.</p> <p>Entre autres, la formation s'est poursuivie en groupe ou sur le portail de formation et du coaching clinique a été offert dans tous les milieux. Chaque milieu a réalisé des évaluations de la qualité des soins et suivis des indicateurs de performance chez la clientèle de 75 ans et plus, tel que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le pourcentage d'usager ayant un repérage du risque de déclin fonctionnel à l'admission;</li> <li>• le pourcentage d'usager ayant une collecte de donnée sur le profil AÎNÉES avant son</li> </ul>		

<sup>20</sup> Résultats en date du 2 juin 2016 provenant de TBIG.

<sup>21</sup> Résultats en date du 2 juin 2016 provenant de TBIG.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes âgées</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	11. <i>Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.</i>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>20</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>21</sup> 2015-2016</b>
	<p>admission;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le taux de chute et le pourcentage de chute ayant des conséquences;</li> <li>la prévalence d'utilisation des mesures de contrôle : contention et isolement;</li> <li>le pourcentage d'usager inscrit au programme de mobilité;</li> <li>le pourcentage d'usager ayant marché;</li> <li>le pourcentage d'usager assis au fauteuil lors des repas.</li> </ul> <p>Pour l'année 2016-2017, la structure de gouvernance du CIUSSS MCQ sera actualisée ainsi qu'un plan d'action global.</p> <p><u>Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées</u> La cible attendue au 31 mars 2016 est un taux de 25 % des RLS du territoire ayant implanté 80 % et plus les composantes du RSIPA. Notre résultat pour l'année 2015-2016 est de 37,5 %.</p> <p>Par ailleurs, au 31 mars 2016, le degré moyen d'implantation du RSIPA au niveau régional est de 79,12 %. Celui-ci est passé de 58 % à 62,5 % à 71,1 % à 75,88 % à 78,4 % au cours des 5 années précédentes.</p> <p>En 2015-2016, chacun des 8 CSSS a atteint ou maintenu un pourcentage global d'implantation de 74 % et plus.</p> <p>Au niveau régional, cinq des neuf composantes du RSIPA se situent à plus de 80 % d'implantation : personne responsable, équipe de gériatrie, mécanisme d'accès, gestion de cas, système d'évaluation des besoins.</p> <p>La composante « mécanisme d'accès unique au réseau RSIPA » a connu la plus grande augmentation passant 87,01 % en 2014-2015 à 96,63 % en 2015-2016. Tandis que la composante « PI-PSI » est passée de 55,34 % à 63,45 %.</p> <p>Nous avons observé une diminution des degrés moyens d'implantation des composantes « mécanismes de coordination » et « gestion de cas ». Selon notre analyse, la réorganisation du réseau de la santé (projet de loi n° 10) ainsi que les nouvelles orientations ministérielles en gestion de cas ont eu une incidence sur ces résultats à la baisse.</p>		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>	Corinne Brosseau, AAPA Julie Michaud et Chantal Rivard, RSIPA		<b>Date :</b> 2016-05-25 2016-05-31

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes vulnérables</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	12. <i>Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes.</i>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>22</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>23</sup> 2015-2016</b>
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 903	1 886	1 832

<sup>22</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG (indicateur 1.09.05) et aucun résultat 2014-2015 (indicateur 1.09.45)

<sup>23</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes vulnérables</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>22</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
			<b>Résultats<sup>23</sup> 2015-2016</b>
	1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie		63
			60
<b>Commentaires :</b>	<p><u>Usagers en soins palliatifs et de fin de vie</u> Le résultat est de 1 832 usagers, ce qui représente un écart de 54 usagers et une atteinte à 97,1 % de l'engagement. Aucune liste d'attente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En 2016-2017, démarches à poursuivre pour favoriser la référence de la clientèle pédiatrique et de la clientèle avec autres problèmes de santé que le cancer. Harmonisation des pratiques au sein du CIUSSS MCQ. Sensibilisation médicale en regard de la référence précoce.</li> <li>Atteinte de la cible à 100 % en mars 2017.</li> </ul> <p><u>Lits en soins palliatifs et de fin de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Considérant l'acceptation par le MSSS du développement de 8 lits en maison de soins palliatifs (Maison des Trois Colombes) dans le RLS de l'Énergie dont l'ouverture est prévue en 2018;</li> <li>Considérant la cible de 52 lits (1 lit/10 000 population) à atteindre en 2020;</li> <li>Le CIUSSS MCQ n'a pas rehaussé en 2015-2016 le nombre de lits à 63.</li> </ul>		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Chantal Bournival	<b>Date :</b> 2016-05-18

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes vulnérables</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>24</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
			<b>Résultats<sup>25</sup> 2015-2016</b>
	1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère		751
			698
	1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère		284
			348
<b>Commentaires :</b>	<p><u>Soutien d'intensité variable (SIV)</u> L'engagement proposé par le MSSS et accepté par le CIUSSS en 2015-2016 était de 41,7 ETC (751 places). Dans les faits, nous avons en place une structure de poste de 38,7 ETC inscrit dans GESTRED donc 698 places, ce qui représente un écart de 53 places. Nous allons donc revalider le nombre d'ETC en place dans la région et comprendre l'écart dans l'attribution du nombre de places et rectifier la situation à cet égard pour 2016-2017. Nous allons également nous assurer que les postes non comblés le soient pour atteindre le nombre de places que nos effectifs permettent de supporter. Avec la création du CIUSSS et la nouvelle reconfiguration dans la structure d'encadrement des équipes SIM et SIV, nous allons effectuer une projection quant à la réallocation des ressources de sorte à tendre vers l'atteinte des cibles ministérielles au niveau du nombre d'ETC dédiées au SIV pour 2020. Nous sommes actuellement à dresser le portrait des ressources versus les besoins dans tous les secteurs ainsi que par RLS. Ceci nous permettra d'établir notre projection pour les années à venir afin d'assurer la couverture populationnelle par l'offre de services du SIV en 2020.</p>		

<sup>24</sup> Aucun résultat en 2014-2015

<sup>25</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG.

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Personnes vulnérables</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>24</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
	Suivi intensif dans le milieu (SIM) L'établissement a depuis quelques années consolidé les équipes du SIM, ce qui fait que nous sommes actuellement dans le ratio visé pour 2020 ayant une couverture populationnelle de 70 places pour 100 000 habitants, alors que la cible fixée visait 55 places pour 100 000 habitants.		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Christine Laliberté	<b>Date :</b> 2016-05-19

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Mobilisation du personnel</b>		
<b>Objectif de résultats :</b>	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau.		
	<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats<sup>26</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>
	3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,87	5,97
	3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,00	3,02
	3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,27	1,36
<b>Commentaires :</b>	<p><b>Assurance salaire</b> Le taux d'assurance salaire a augmenté dans plusieurs anciens établissements et bien sûr le nombre de dossiers également (4 159 dossiers pour 2015-2016 pour les 13 anciens établissements). Voici le ratio des nombres de cas par catégorie de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine : 21,51 %</li> <li>• Chirurgie : 12,72 %</li> <li>• Psychiatrie : 37,21 %</li> <li>• Musculo-squelettique : 25,65 %</li> <li>• Oncologie : 2,91 %</li> </ul> <p>La tendance des années antérieures ressemble à cela aussi, c'est-à-dire un peu plus d'un tiers en psychiatrie, près d'un tiers musculo-squelettique et le reste des catégories donc rien de particulier pour expliquer la hausse du taux si ce n'est l'augmentation du nombre de cas.</p> <p><b>Heures supplémentaires et main-d'œuvre indépendante (MOI)</b> Les résultats et l'atteinte des cibles de taux d'heures supplémentaires et de recours à la main-d'œuvre indépendante sont positifs depuis plusieurs années en raison des moyens pris par la région pour améliorer les performances. Les différents projets de réorganisation du travail, d'optimisation et de planification de main-d'œuvre ont permis une meilleure organisation de travail de même qu'une amélioration des conditions d'exercice, ce qui a également eu un impact sur la performance du recours au temps supplémentaire et à la MOI.</p>		
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec		
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Benoît Larue	<b>Date :</b> 2016-06-03

<sup>26</sup> Résultats en date du 6 juin 2016

<sup>27</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de GESTRED

<b>Secteur d'activités :</b> Santé publique				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>28</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>29</sup> 2015-2016</b>
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)		20,5	61,0	85,0
<b>Commentaires :</b>	<p>La cible <i>École en santé</i> a été atteinte puisqu'un travail a été fait avec les gestionnaires concernés ainsi qu'avec les pilotes du I-CLSC afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se donner une compréhension commune de l'indicateur;</li> <li>• définir de façon précise les balises nécessaires à une codification uniforme.</li> </ul> <p>Ces mesures ont permis de redresser la situation puisque la codification ne reflétait pas les actions réelles de collaboration avec les milieux scolaires dans le cadre de la démarche de planification <i>École en santé</i>.</p>			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b> Éric Tremblay			<b>Date :</b> 2016-06-13	

<b>Secteur d'activités :</b> Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>30</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>31</sup> 2015-2016</b>
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)		100	100	100
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)			100	100
<b>Commentaires :</b>	Données validées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b> Élise Leclair, Dre Danièle Samson et Chantal Brochu			<b>Date :</b> 2016-06-13	

<b>Secteur d'activités :</b> Services généraux				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>32</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>33</sup> 2015-2016</b>
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins		96,6	90,0	96,3
<b>Commentaires :</b>	La poursuite des actions en cours ont permis le maintien des délais prescrits par le MSSS.			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-			

<sup>28</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG

<sup>29</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG

<sup>30</sup> Résultats en date du 31 mars 2015 fournis par la Direction de santé publique le 20 mai 2015 (indicateur 1.01.19.03) et aucun résultat 2014-2015 (indicateur 1.01.25)

<sup>31</sup> Résultats en date du 30 mai 2016 provenant de l'Institut national de santé publique du Québec et de TBIG

<sup>32</sup> Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de TBIG

<sup>33</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG

<b>Secteur d'activités :</b> Services généraux				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>32</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>33</sup> 2015-2016</b>
Québec				
<b>Personne ayant complété la fiche :</b> Patrick Lebel et Hugo Toupin			<b>Date :</b> 2016-05-16	

<b>Secteur d'activités :</b> Dépendance				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>34</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>35</sup> 2015-2016</b>
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		93,2	80,0	92,6
<b>Commentaires :</b>	<p>Atteinte et dépassement de l'engagement 2015-2016.</p> <p>Utilisation quotidienne d'un tableau de bord par un responsable de l'accès aux services qui s'assure de la prise en charge des demandes d'évaluation dans les délais requis et prescrits. De plus, le tableau de bord est à la portée de l'ensemble des intervenants, ce qui fait en sorte que chacun se sent imputable du traitement des demandes et que des plages horaires supplémentaires deviennent disponibles pour s'ajuster au débit selon la variation du nombre de demande acheminée aux services spécialisés en dépendance.</p>			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b> Christine Laliberté			<b>Date :</b> 2016-05-19	

<b>Secteur d'activités :</b> Cardiologie tertiaire				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats 2015-2016</b>
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A			N. A.	
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B			N. A.	
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A			N. A.	
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B			N. A.	
1.09.10A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A			N. A.	
1.09.10B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B			N. A.	
<b>Commentaires :</b>				
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>			<b>Date :</b>	

<sup>34</sup> Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de TBIG

<sup>35</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG

<b>Secteur d'activités :</b> Chirurgie oncologique				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>36</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>37</sup> 2015-2016</b>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours		96,2	100	96,8
<b>Commentaires :</b>	<p>Malgré une amélioration, nous n'atteignons toujours pas la cible.</p> <p>Voici les actions mises en place pour augmenter le taux de conformité pour toutes les spécialités dans tous les blocs du CIUSSS MCQ :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modification de la procédure d'inscription des usagers en attente d'une chirurgie résection transurétrale – tumeur de la vessie (RTU TV) selon la directive ministérielle.</li> <li>2. Mise en place d'une fiche de suivi pour toutes les chirurgies oncologiques en attente de plus de 28 jours. Celle-ci permet une analyse et un correctif rapide des étapes à optimiser dans le processus de préparation et de planification afin de diminuer les délais en deçà de 28 jours. Cette analyse est faite en cogestion médicale.</li> <li>3. La révision systématique de chacune des étapes du processus de planification chirurgicale est en cours.</li> </ol>			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Hélène Tremblay		<b>Date :</b> 2016-05-09

<b>Secteur d'activités :</b> Déficience				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>38</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>39</sup> 2015-2016</b>
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		94,8	90,0	95,6
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS			90,0	96,5
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		97,8	90,0	95,6
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS			90,0	100
<b>Commentaires :</b>	Les résultats démontrent l'efficacité de nos processus en déficience. En effet toutes les cibles ont été atteintes et même dépassées.			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Sylvie Girard		<b>Date :</b> 2016-06-13

<sup>36</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG

<sup>37</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG

<sup>38</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG (indicateurs 1.45.04.01 et 1.45.05.01) et aucun résultat 2014-2015 (indicateurs 1.45.04.05 et 1.45.05.05)

<sup>39</sup> Résultats en date du 6 juin 2016 provenant de TBIG

<b>Secteur d'activités :</b> Hygiène et salubrité				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>40</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>41</sup> 2015-2016</b>
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité		80	100	37
<b>Commentaires :</b>	<p>Après consultation auprès des différents responsables zones grises des anciens CSSS, nous avons constaté une mauvaise interprétation des facteurs de réalisation GESTRED, en particulier au niveau des registres de suivi implantés. Ce qui ramène notre résultat du CIUSSS MCQ à 37 %. Un plan d'action pour l'année 2016-2017 propose de terminer la démarche CIUSSS MCQ à 100 % au 31 mars 2017.</p> <p>Il est important de signifier que toutes les surfaces et petits équipements répertoriés dans le dossier des zones grises sont nettoyés et désinfectés selon des fréquences établies par le service de prévention et contrôle des infections.</p> <p>Monsieur Marc Beauchemin, analyste des procédés administratifs et de l'informatique, a été informé du constat et du plan d'action. Monsieur Vincent Lefebvre, responsable transversal des zones grises CIUSSS MCQ, assure le lien avec M. Beauchemin à différents moments de la démarche.</p>			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Yvon G. Tourigny et Vincent Lefebvre		<b>Date :</b> 2016-05-27

<b>Secteur d'activités :</b> Ressources technologiques				
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats<sup>42</sup> 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats<sup>43</sup> 2015-2016</b>
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)		98,3	95,0	95,2
<b>Commentaires :</b>	Poursuite des actions en cours afin de maintenir le répertoire à jour selon les attentes du MSSS.			
<b>Établissement :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
<b>Personne ayant complété la fiche :</b>		Patrick Lebel et Hugo Toupin		<b>Date :</b> 2016-05-16

<sup>40</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG

<sup>41</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG

<sup>42</sup> Résultats en date du 5 avril 2016 provenant de TBIG

<sup>43</sup> Résultats en date du 17 mai 2016 provenant de TBIG

## RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Martin Beaumont  
Président-directeur général



Nancy Lemay  
Directrice des ressources financières

# RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.  
1500, rue Royale  
Bureau 250, C.P. 1600  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5L9  
Canada

Tél : 819-691-1212  
Télec : 819-691-1213  
www.deloitte.ca

## RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du  
**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière résumé au 31 mars 2016 ainsi que les états résumés des résultats, des surplus (déficit) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que d'autres informations explicatives résumées, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (« CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2016 (voir ci-dessous).

Ni ces états financiers, ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

### **Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés**

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités sur la base des critères décrits à la note 1.

### **Responsabilité de l'auditeur**

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, *Missions visant la délivrance d'un rapport sur les états financiers résumés*.

### **Opinion**

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers sur la base des critères décrits à la note 1. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2016. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées. Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au 31 mars 2016, ainsi que de sa performance financière et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

#### **Autre point**

Nous attirons l'attention sur la note 2 des états financiers résumés, qui indique que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existants avant la création du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

<sup>1</sup>  
Deloitte S.E.N.C.R.L. / s.r.l.

14 juin 2016

<sup>1</sup> CPA auditrice, CA permis de comptabilité publique n° A117124

# RAPPORT FINANCIER 2015-2016

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS  
FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016

Référence : AS-471 page 140

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<p><b>Significations des codes :</b></p> <p>Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire</p> <p>Colonnes 5, 6 et 7 R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé</p>						
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
<p><b>Paiement de transfert</b> Norme CPA Canada SP3410 - Paiement de transfert. Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme CPA Canada SP3410 - Paiement de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité, mais non assortis de stipulation doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints.</p>	2013-2014 et 2014-2015	R	L'établissement ne devrait pas inclure la comptabilisation des paiements de transfert pluriannuels puisque le MSSS considère que le traitement préconisé dans le Manuel de gestion financière est conforme à la norme comptable, ainsi qu'à la pratique du gouvernement du Québec. La norme SP 3410 fait l'objet de divergences d'interprétation au sein de la profession comptable et le CSSP n'a toujours pas complété ses travaux relatifs à l'analyse des impacts de sa mise en application. Il étudie actuellement si la publication d'une note d'orientation pourrait clarifier la situation.		PR	
<p><b>Contrat de location avec la SQI</b> Comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI à titre de contrats location-exploitation au lieu de contrats location-acquisition</p>	2010-2011, 2011-2012, 2013-2014, 2014-2015	R	Aucune mesure, car directive du MSSS.			NR
<p><b>Excédent des charges sur les revenus</b> Réserve dérogation à l'équilibre budgétaire</p>	2014-2015	R	Équilibre budgétaire pour le CIUSSS MCQ en 2015-2016	R		
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
<p><b># 4114 - Développement, adaptation, intégration sociale (6-17 ans) et leur famille</b> Unité A - L'intervention et l'activité ponctuelle de groupe normalisée</p> <p>Les activités ponctuelles de groupe normalisées ne sont pas compilées dans les unités de mesure, telles qu'exigées par le Manuel de gestion financière.</p>	2014-2015	R	Les cadres ont été avisés.		PR	
<p><b># 4132 - Immunisation et manifestations cliniques inhabituelles liées à l'immunisation</b> Unité A - L'intervention et Unité B - L'usager L'imputation des interventions n'a pas été effectuée adéquatement</p>	2014-2015	R	Les cadres ont été avisés et un suivi a été fait auprès des employés.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
<b># 5601 - Centre de jour pour jeunes</b> Compilation de l'unité de mesure non adéquate	2013-2014	R	il n'y a plus de centre de jour par conséquent il n'y a plus de coûts dans 5601 en 2015-2016.	R		
<b># 5601 - Centre de jour pour jeunes</b> L'auditeur prédécesseur n'a pas été en mesure de valider l'exhaustivité de la liste et de plus, les documents permettant de corroborer la compilation de l'unité de mesure n'étaient pas complets pour l'unité de mesure suivante : A - La présence.	2014-2015	R	Il n'y a plus de centre de jour par conséquent il n'y a plus de coûts dans 5601 en 2015-2016	R		
<b># 6564 - Psychologie</b> Unité A - L'intervention Unité B - L'utilisateur <b># 6565 - Services sociaux</b> Unité B - L'utilisateur	2013-2014	R	Les données ont été compilées correctement par les nouveaux employés depuis le 1er avril 2015.	R		
<b># 6564 - Psychologie</b> Unité A - L'intervention et Unité B - L'utilisateur Une compilation partielle a été effectuée, rendant notre travail d'audit impossible.	2014-2015	R	Les données ont été compilées correctement par les nouveaux employés depuis le 1er avril 2015.	R		
<b># 6565 - Services sociaux</b> Unité B - L'utilisateur Aucune compilation n'a été effectuée, rendant notre travail d'audit impossible.	2014-2015	R	Les données ont été compilées correctement par les nouveaux employés depuis le 1er avril 2015	R		
<b># 6606 - Centre de prélèvements</b> Les prélèvements effectués sur les usagers admis ne sont pas vérifiables. Il n'existe aucun moyen de vérifier le nombre inscrit sur la feuille de suivi manuel hebdomadaire. Il en est de même pour les informations concernant les prélèvements supplémentaires effectués dans le cas de prélèvement pour l'hyperglycémie et la banque de sang. L'absence de pistes de vérification contrevient aux exigences du Ministère.	2012-2013	R				NR
<b># 6606 - Centre de prélèvements</b> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure la "Procédure" et du centre d'activités 6606 - Centre de prélèvements, ne sont pas valables pour les usagers admis ayant subi un prélèvement.	2014-2015	R				NR
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<b>Non conformité aux exigences du MGF</b> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure la "Procédure" et du centre d'activités 6606 - Centre de prélèvements, ne sont pas valables pour les usagers admis ayant subi un prélèvement.	2014-2015	R				NR
<b>Excédent des charges sur les revenus</b> Dérégulation à l'équilibre budgétaire.	2012-2013 2013-2014 2014-2015	C	Équilibre budgétaire pour le CIUSSS MCQ en 2015-2016.	R		
<b>Déficiences dans les contrôles internes</b> Voir détail dans la section "rapport à la gouvernance"	2014-2015	C				NR
<b>Écriture possible au 31 mars 2015</b> Suivi de l'écriture possible de 2012-2013 Fonds d'immo : Immo 163 333 \$ bilan / sub rep bilan et 81 776 \$ amrt immo rés / amrt sub rep rés	2014-2015	C	Amortissement 100 % en 2014-2015	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
<p><b>Écriture possible au 31 mars 2015</b>            Pour renverser la comptabilisation d'un compte à recevoir pour les exercices 2015-2016 et 2016-2017            Fonds d'exploitation:            Rev rep 54 278 \$ / débiteurs Agence SSS</p>	2014-2015	C	Montant non important pour le CIUSSS MCQ en 2015-2016	R		
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
<p><b>Séparation des tâches</b>            Il existe un manque de séparation de tâches de facturation et d'encaissement, notamment en matière de revenus de vente de services et de recouvrement, car ces tâches sont effectuées par la même employée.</p>	2014-2015	C	Les politiques, procédures, contrôles internes, règlements et plans d'action des anciens établissements demeurent en application jusqu'à l'adoption de nouveaux documents par le CIUSSS MCQ. De nouvelles politiques unifiées feront l'objet de consultations organisationnelles pour approbation par le Conseil d'administration de l'organisation ultérieurement.			NR
<p><b>Rapport de dépenses</b>            Lors de nos travaux d'audit, nous avons trouvé un rapport de dépenses qui couvrirait la période d'octobre 2013 à mars 2015. Par conséquent, une partie des dépenses n'étaient pas comptabilisées dans le bon exercice. Par conséquent, il est recommandé d'inciter les employés à soumettre régulièrement leur rapport de dépenses.</p>	2014-2015	C	Les politiques, procédures, contrôles internes, règlements et plans d'action des anciens établissements demeurent en application jusqu'à l'adoption de nouveaux documents par le CIUSSS MCQ. De nouvelles politiques unifiées feront l'objet de consultations organisationnelles pour approbation par le Conseil d'administration de l'organisation ultérieurement.			NR
<p><b>Rapport de dépenses</b>            Certains employés n'utilisent pas le modèle de rapport de dépenses standard. En effet, une nouvelle version avec des formules intégrées a été déployée en avril 2014. Toutefois, certains employés continuent d'utiliser l'ancien modèle qui, lui, n'avait pas de formules prédéfinies. Par conséquent, des erreurs de report se sont produites. Il est donc recommandé d'inciter les employés à utiliser seulement la nouvelle version du rapport de dépenses et que lorsque l'ancienne version est utilisée, de refaire les calculs lors de la saisie du rapport de dépense.</p>	2014-2015	C	Les politiques, procédures, contrôles internes, règlements et plans d'action des anciens établissements demeurent en application jusqu'à l'adoption de nouveaux documents par le CIUSSS MCQ. De nouvelles politiques unifiées feront l'objet de consultations organisationnelles pour approbation par le Conseil d'administration de l'organisation ultérieurement.			NR

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**ÉTAT DES RÉSULTATS  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 200

NON AUDITÉES

	2016				2015
	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	1	2	3	4 = 2+3	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS	1 218 389 439	\$ 1 180 829 618	\$ 60 068 911	\$ 1 240 898 529	\$ 1 241 530 262
Subventions Gouvernement du Canada	12 834	152 518	-	152 518	177 822
Contributions des usagers	89 531 119	91 298 158	-	91 298 158	87 248 275
Ventes de services et recouvrements	15 102 246	16 499 114	-	16 499 114	17 826 574
Donations	3 236 852	702 148	3 145 514	3 847 662	5 798 046
Revenus de placement	898 959	864 507	144 621	1 009 128	1 129 590
Revenus de type commercial	6 093 164	5 946 918	19 312	5 966 230	5 837 563
Gain sur disposition	10 000	-	10 569	10 569	1 460
Autres revenus	28 225 370	20 962 558	24 441	20 986 999	24 263 615
<b>TOTAL</b>	<b>1 361 499 983</b>	<b>1 317 255 539</b>	<b>63 413 368</b>	<b>1 380 668 907</b>	<b>1 383 813 207</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	872 037 766	877 591 674	-	877 591 674	883 038 036
Services achetés	32 844 811	21 451 902	-	21 451 902	39 445 091
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	121 505 336	118 060 310	-	118 060 310	113 143 931
Allocations directes	14 079 531	12 010 050	-	12 010 050	13 193 673
Transport des usagers	8 863 460	8 810 789	-	8 810 789	8 959 211
Médicaments	34 512 990	35 500 000	-	35 500 000	34 895 488
Produits sanguins	12 492 482	14 174 099	-	14 174 099	12 907 920
Fournitures médicales et chirurgicales	40 049 959	42 426 956	-	42 426 956	41 492 963
Services préhospitaliers d'urgence	42 651 805	34 179 708	-	34 179 708	42 433 066
Matériel services diagnostics	3 859 986	4 320 971	-	4 320 971	3 916 817
Matériel de laboratoires	11 178 193	11 854 394	-	11 854 394	10 906 075
Aide techniques	4 589 299	4 373 267	-	4 373 267	4 688 720
Denrées alimentaires	12 173 172	12 124 233	-	12 124 233	10 144 608
Loyers	15 664 248	14 140 437	-	14 140 437	15 725 152
Fonctionnement des installations	12 859 332	13 064 599	-	13 064 599	13 529 510
Location d'équipements	1 363 797	1 482 678	-	1 482 678	1 462 824
Matériel Buanderie-Lingerie	6 720 226	6 786 101	-	6 786 101	6 921 577
Fournitures d'hygiène et salubrité	2 792 414	2 365 078	-	2 365 078	2 732 590
Créances douteuses	36 000	738 106	-	738 106	258 594
Honoraires professionnels	7 463 372	7 919 445	-	7 919 445	8 882 056
Publicité et communication	5 172 324	5 160 095	-	5 160 095	5 508 137
Frais de déplacement et de représentation	7 194 881	7 128 536	-	7 128 536	7 328 059
Matériel de bureau, informatique	8 309 216	7 424 982	-	7 424 982	8 564 406
Formation	2 046 040	1 396 932	-	1 396 932	1 825 023
Autres charges	6 659 424	29 833 819	-	29 833 819	9 351 780
Frais financiers	12 277 370	256 820	13 517 385	13 774 205	14 232 807
Entretien et réparation	24 999 804	18 611 669	13 312 970	31 924 639	32 290 755
Amortissement des immobilisations	37 437 209	-	36 358 062	36 358 062	36 153 595
Perte sur disposition d'immobilisations	31 675	-	55 249	55 249	240 721
<b>TOTAL</b>	<b>1 361 866 122</b>	<b>1 313 187 650</b>	<b>63 243 666</b>	<b>1 376 431 316</b>	<b>1 384 173 185</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>(366 139)</b>	<b>\$ 4 067 889</b>	<b>\$ 169 702</b>	<b>\$ 4 237 591</b>	<b>\$ (359 978)</b>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 358

	2016			NON AUDITÉES	
	<i>Budget</i>	<i>Activités principales</i>	<i>Activités accessoires</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>
	1	2	3	4 = 2+3	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS	1 158 728 084	\$ 1 178 770 206	\$ 2 059 412	\$ 1 180 829 618	\$ 1 176 211 495
Subventions Gouvernement du Canada	12 834	-	152 518	152 518	177 822
Contributions des usagers	89 531 119	91 298 158	-	91 298 158	87 248 275
Ventes de services et recouvrements	15 102 246	16 499 114	-	16 499 114	17 826 574
Donations	205 000	700 690	1 458	702 148	2 741 310
Revenus de placement	717 474	858 995	5 512	864 507	879 249
Revenus de type commercial	6 093 164	-	5 946 918	5 946 918	5 837 563
Autres revenus	28 126 920	5 157 929	15 804 629	20 962 558	24 509 182
<b>TOTAL</b>	<b>1 298 516 841</b>	<b>1 293 285 092</b>	<b>23 970 447</b>	<b>1 317 255 539</b>	<b>1 315 431 470</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	872 037 766	865 542 220	12 049 454	877 591 674	882 993 516
Dépenses non salariales	426 479 075	425 839 198	9 756 778	435 595 976	434 733 527
<b>TOTAL</b>	<b>1 298 516 841</b>	<b>1 291 381 418</b>	<b>21 806 232</b>	<b>1 313 187 650</b>	<b>1 317 727 043</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>-</b>	<b>\$ 1 903 674</b>	<b>\$ 2 164 215</b>	<b>\$ 4 067 889</b>	<b>\$ (2 295 573)</b>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 202

	<b>2016</b>			<b>NON AUDITÉES</b>	
	<u>Exploitation</u>	<u>Immobilisations</u>	<u>Total</u>	<u>2015</u>	
	1	2	3 = 1+2	<u>Total</u>	
				4	
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS</b>	(2 867 270)	\$ 24 049 729	\$ 21 182 459	\$ 21 651 198	\$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	(108 761)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	239 454	-	239 454	-	
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS</b>	<u>(2 627 816)</u>	<u>24 049 729</u>	<u>21 421 913</u>	<u>21 542 437</u>	
 <b>SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE</b>					
Transfert inter-fonds	4 067 889	169 702	4 237 591	(359 978)	
	471 790	(471 790)	-	-	
 <b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN</b>	<u><u>1 911 863</u></u>	<u><u>\$ 23 747 641</u></u>	<u><u>\$ 25 659 504</u></u>	<u><u>\$ 21 182 459</u></u>	<u><u>\$</u></u>
 Constitué des éléments suivants:					
Affectations d'origine interne			11 601 821	\$ 66 767	\$
Solde non affecté			14 057 683	21 115 692	
<b>TOTAL</b>			<u><u>25 659 504</u></u>	<u><u>\$ 21 182 459</u></u>	<u><u>\$</u></u>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 204

	<b>2016</b>			<u>NON AUDITÉES</u>
	<u>Exploitation</u>	<u>Immobilisations</u>	<u>Total</u>	<u>2015</u>
	1	2	3 = 1 + 2	<u>Total</u>
				4
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>				
Encaisse (découvert bancaire)	43 364 637	\$ 7 497 578	\$ 50 862 215	\$ 83 591 247
Placements temporaires	20 623 326	3 500 000	24 123 326	21 426 064
Débiteurs - MSSS	35 692 046	3 300 981	38 993 027	34 567 274
Autres débiteurs	18 614 848	2 457 208	21 072 056	18 839 496
Créances interfonds (dettes interfonds)	(13 145 241)	13 145 241	-	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance- réf.comptable)	86 327 846	130 110 885	216 438 731	205 944 849
Frais reportés liés aux dettes	-	1 676 519	1 676 519	1 450 734
Autres éléments	2 152 380	3 158 622	5 311 002	10 674 186
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS</b>	<b>193 629 842</b>	<b>164 847 034</b>	<b>358 476 876</b>	<b>376 493 850</b>
<b>PASSIFS</b>				
Emprunts temporaires	-	49 882 544	49 882 544	80 686 289
Autres créditeurs et autres charges à payer	93 099 892	3 792 381	96 892 273	116 630 271
Intérêts courus à payer	-	3 360 116	3 360 116	4 109 803
Revenus reportés	6 666 276	63 080 806	69 747 082	69 598 878
Dettes à long terme	-	471 748 044	471 748 044	444 848 001
Passif au titre des avantages sociaux futurs	105 594 204	-	105 594 204	104 181 652
Autres éléments	1 400 444	139 027	1 539 471	2 395 409
<b>TOTAL DES PASSIFS</b>	<b>206 760 816</b>	<b>592 002 918</b>	<b>798 763 734</b>	<b>822 450 303</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)</b>	<b>(13 130 974)</b>	<b>(427 155 884)</b>	<b>(440 286 858)</b>	<b>(445 956 453)</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>				
Immobilisations	-	450 903 525	450 903 525	451 091 014
Stocks de fournitures	11 159 652	-	11 159 652	11 026 347
Frais payés d'avance	3 883 185	-	3 883 185	5 021 551
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS</b>	<b>15 042 837</b>	<b>450 903 525</b>	<b>465 946 362</b>	<b>467 138 912</b>
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	<b>1 911 863</b>	<b>\$ 23 747 641</b>	<b>\$ 25 659 504</b>	<b>\$ 21 182 459</b>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 206

	<b>2016</b>			<u>NON AUDITÉES</u>
	<u>Exploitation</u>	<u>Immobilisations</u>	<u>Total</u>	<u>2015</u>
	1	2	3 = 1+2	<u>Total</u>
				4
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS</b>	(18 915 168)	\$ (427 041 285)	\$ (445 956 453)	\$ (432 449 212) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	2
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	239 454	-	239 454	-
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ</b>	(18 675 714)	(427 041 285)	(445 716 999)	(432 449 210)
 <b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	4 067 889	169 702	4 237 591	(359 978)
 <b>VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>				
Acquisitions	-	(36 228 024)	(36 228 024)	(49 039 906)
Amortissement de l'exercice	-	36 358 062	36 358 062	36 153 595
(Gain) / Perte sur dispositions	-	44 680	44 680	239 261
Produits sur dispositions	-	12 771	12 771	44 960
Ajustements des immobilisations	-	-	-	(1)
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>	-	<b>187 489</b>	<b>187 489</b>	<b>(12 602 091)</b>
 <b>VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>				
Acquisitions de stocks de fournitures	(2 756 768)	-	(2 756 768)	(36 551 555)
Acquisition de frais payés d'avance	(5 947 112)	-	(5 947 112)	(4 218 510)
Utilisation de stocks de fournitures	2 623 466	-	2 623 466	36 576 304
Utilisation de frais payés d'avance	7 085 475	-	7 085 475	3 757 350
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>	<b>1 005 061</b>	<b>-</b>	<b>1 005 061</b>	<b>(436 411)</b>
 <b>AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	471 790	(471 790)	-	(108 763)
 <b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)</b>	<b>5 544 740</b>	<b>(114 599)</b>	<b>5 430 141</b>	<b>(13 507 243)</b>
 <b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN</b>	<u>(13 130 974)</u>	<u>\$ (427 155 884)</u>	<u>\$ (440 286 858)</u>	<u>\$ (445 956 453) \$</u>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 208

	<b>2016</b>	<b>NON AUDITÉES</b>
	<b>1</b>	<b>2015</b>
		<b>2</b>
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>		
Surplus (déficit) de l'exercice	4 237 591	\$ (359 978) \$
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :</b>		
- Stocks de fournitures et frais payés d'avance	1 005 061	(436 411)
- Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	44 680	239 261
- Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	5 467 582	756 060
- Amortissement des immobilisations	36 358 062	36 153 595
- Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	380 281	167 435
- Subventions MSSS	(10 785 354)	(15 470 414)
- Autres	239 454	(274 260)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	32 709 766	21 135 266
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(26 860 172)	53 042 359
<b>Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement</b>	<b>10 087 185</b>	<b>73 817 647</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>		
- Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(36 228 024)	(47 984 632)
- Produits de disposition d'immobilisations	12 771	44 960
<b>Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisation:</b>	<b>(36 215 253)</b>	<b>(47 939 672)</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT</b>		
- Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	(14 123 326)	-
<b>Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement</b>	<b>(14 123 326)</b>	<b>\$ - \$</b>
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>		
- Dettes à long terme - Emprunts effectués	95 919 984	55 050 304
- Dettes à long terme - Emprunts remboursés	(69 019 941)	(51 249 151)
- Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	(4 500 000)	(3 500 000)
- Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	100 046 453	96 016 356
- Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(126 350 198)	(82 010 176)
<b>Flux de trésorerie liés aux activités de financement</b>	<b>(3 903 702)</b>	<b>14 307 333</b>
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE</b>	<b>(44 155 096)</b>	<b>40 185 308</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	<b>98 517 311</b>	<b>58 332 003</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN</b>	<b>54 362 215</b>	<b>\$ 98 517 311 \$</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:</b>		
- Encaisse	50 862 215	83 591 247
- Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	3 500 000	14 926 064
<b>TOTAL</b>	<b>54 362 215</b>	<b>\$ 98 517 311 \$</b>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

## 1. ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Les états financiers résumés comprennent des informations financières historiques qui sont tirées des états financiers complets et sont moins détaillés que ces derniers.

Ils comprennent seulement l'état de la situation financière au 31 mars 2016 ainsi que les états des résultats, des surplus (déficit) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que d'autres informations explicatives résumées. Ils ne comprennent pas toutes les autres informations présentées dans le AS-471 de l'exercice terminé le 31 mars 2016, incluant les notes complémentaires incluses dans les états financiers complets.

Pour obtenir une copie de ces états financiers complets, la demande doit être faite à la direction du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

## 2. CONSTITUTION

Le CIUSSS MCQ est issu de la fusion de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et des 12 établissements publics de santé et de services sociaux de cette région socio-sanitaire à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). Les établissements fusionnés sont les suivants :

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières  
Centre de réadaptation Interval  
Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec  
Centre de réadaptation en déficiences intellectuelles et en trouble envahissants du développement de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec-institut universitaire  
Centre de santé et de services sociaux D'Arthabaska-et-de-L'Érable  
Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska  
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan  
Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie  
Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé  
Centre de santé et de services sociaux Drummond  
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice  
Le centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Le 1er avril 2015, il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

## 3. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

### a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

### b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont : la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, les provisions relatives à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les griefs, la CNESST et la provision pour le forfaitaire 2015-2016.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

### **c. Comptabilité d'exercice**

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

### **d. Salaires, avantages sociaux et charges sociales**

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

### **e. Passif au titre des avantages sociaux futurs**

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

#### *i. Provision pour assurance salaire*

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

#### *ii. Provision pour vacances*

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

#### *iii. Provision pour congés de maladie*

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

#### *iv. Régime de retraite*

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

#### *v. Droits parentaux*

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

## f. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

## g. Autres méthodes

### i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

### ii. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

### iii. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

--- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

--- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

--- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

--- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

### iv. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

#### 4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001). L'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

#### 5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 juin 2015 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

#### 6. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumises à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

##### Intérêt économique

L'établissement est supporté par de nombreuses fondations. Un comité philanthropique qui regroupe des représentants des 18 fondations de l'établissement désigne un membre observateur au conseil d'administration du CIUSSS MCQ.

Celles-ci ont effectué des transactions avec l'établissement dans le cours normal de leurs activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange.

	<u>Exercice courant</u>
Revenus provenant des fondations :	
Loyer	1 696 126 \$
Frais de gestion	391 615 \$
Recouvrement de salaires	259 212 \$
Dons – charges du fonds d'exploitation	724 221 \$
Dons – charges du fonds d'immobilisations	<u>5 960 146 \$</u>
<b>Total</b>	<b>9 031 320 \$</b>

Un montant de 2 066 736 \$ est à recevoir de ces fondations aux 31 mars 2016 (1 021 415 \$ au 31 mars 2015). Ces montants sont sujets aux conditions commerciales habituelles.

Les données de l'exercice précédent n'ont pas été présentées, car elles n'étaient pas disponibles au prix d'un effort raisonnable.

#### 7. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**CHARGES BRUTES ET FINANCEMENT PAR PROGRAMME-SERVICE  
ACTIVITÉS PRINCIPALES  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

Référence : AS-471 - Page 700

	NON AUDITÉES		
	Charges	Financement	Écart
	1	2	(2-1)
Santé publique	21 497 626	\$ 22 876 929	\$ 1 379 303
Services généraux - activités cliniques et d'aide	47 085 627	44 615 771	(2 469 856)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	257 759 046	255 876 051	(1 882 995)
Déficience physique	37 411 396	37 366 128	(45 268)
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	72 543 338	71 636 768	(906 570)
Jeunes en difficulté	82 720 957	86 398 395	3 677 438
Dépendances	6 515 497	7 075 505	560 008
Santé mentale	65 566 207	64 993 718	(572 489)
Santé physique	432 072 219	437 489 878	5 417 659
Administration	83 584 804	81 701 658	(1 883 146)
Soutien aux services	99 276 899	97 978 360	(1 298 539)
Gestion des bâtiments et des équipements	85 347 802	85 275 931	(71 871)
<b>TOTAL DES CHARGES BRUTES</b>	<b>1 291 381 418</b>	<b>\$ 1 293 285 092</b>	<b>\$ 1 903 674</b>

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

**DONATIONS  
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2016**

	<b>NON AUDITÉES</b>	
	<b>Total</b>	
<b>Fondations :</b>		
Fondation InterVal	85 002	\$
Fondation Ste-Croix/Hériot	842 401	
Fondation du CLSC Suzor-Côté	112 929	
Fondation du CLSC-CHSLD de l'Érable	153 179	
Fondation de l'Ermitage	212 565	
Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska	3 023 328	
Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières	1 346 303	
Fondation Santé Bécancour-Nicolet-Yamaska	93 000	
Fondation du CSSS de Maskinongé	104 185	
Fondation du CSSS Haut-Saint-Maurice	41 603	
Fondation de la Santé et des services sociaux de l'Énergie	628 874	
Fondation Foyer Monseigneur Paquin inc.	2 865	
Fondation du Foyer de Sainte-Thècle	1 383	
<b>TOTAL DES FONDATIONS</b>	<b>6 647 617</b>	
<b>Autres :</b>		
Auxiliaires bénévoles	14 657	
Don d'un particulier	20	
<b>TOTAL "AUTRES"</b>	<b>14 677</b>	
<b>GRAND TOTAL DES DONATIONS</b>	<b>6 662 294</b>	<b>\$</b>

## CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS CONCLUS ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2015 ET LE 31 MARS 2016

	Nombre	Valeur
Contrat de services avec une personne physique <sup>44</sup>	130	9 289 688,00 \$
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>45</sup>	31	5 510 155,96 \$
<b>TOTAL des contrats de services</b>	<b>161</b>	<b>14 799 843,96 \$</b>

### ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CIUSSS reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS MCQ apporte à ces organismes un soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

#### La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires

##### La reconnaissance

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. Cette politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoulement des organismes sur un même territoire. Dans le cadre du PSOC, la reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale.

En 2015-2016 aucune nouvelle ressource n'a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire, le processus étant suspendu.

##### Le soutien financier

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises du PSOC, les orientations ministérielles et régionales, le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la Convention de soutien financier.

<sup>44</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaire ou non.

<sup>45</sup> Inclut les personnes morales de droit privé, les associés en nom collectif, en commandite ou en participation.

Cette année encore, une attention particulière a été portée à la reddition de comptes produite par chaque organisme communautaire subventionné. Les conseillères au PSOC procèdent à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établies par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, compte tenu des difficultés rencontrées, près d'une trentaine d'organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année.

### Constats

Au 31 mars 2016, le CIUSSS reconnaît 222 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2015-2016, le PSOC a octroyé du financement à 220 organismes en mission globale et 25 organismes ont été financés uniquement pour des activités spécifiques. Ce sont donc 245 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par le PSOC au cours de cette période.

Nombre d'organismes financés par catégorie	
<b>Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme</b>	<b>10</b>
Déficience intellectuelle	7
Trouble du spectre de l'autisme	3
<b>Déficience physique</b>	<b>25</b>
Déficience physique	12
Déficiences multiples	13
<b>Dépendances</b>	<b>14</b>
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	10
Hébergement mixte	4
<b>Jeunes en difficulté</b>	<b>57</b>
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	34
Autres ressources jeunesse	14
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
<b>Perte d'autonomie liée au vieillissement</b>	<b>25</b>
Maintien à domicile	10
Centres d'action bénévole	15
<b>Santé mentale</b>	<b>29</b>
Santé mentale	29
<b>Santé physique</b>	<b>15</b>
Santé physique	11
Cancer	1
Maisons agréées de soins palliatifs	3
<b>Santé publique</b>	<b>45</b>
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18
Personnes démunies	24
VIH/Sida	3
<b>Services généraux, activités cliniques et d'aide</b>	<b>25</b>
Orientation et identité sexuelle	1
Concertation et consultation générale	1
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1

Nombre d'organismes financés par catégorie	
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Ressources pour hommes	4
<b>Sous-total</b>	<b>245</b>
Organismes financés exclusivement pour des activités spécifiques	25
<b>Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)</b>	<b>220</b>

### L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires

Le PSOC apporte un soutien financier à la mission globale à 220 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à plus de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces ressources. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées, dont :

- l'accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;
- la mise en place et animation de groupes d'entraide;
- la aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériel, comptoirs vestimentaires);
- la réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- le soutien à la réinsertion sociale;
- l'hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2014-2015		2015-2016	
Mission globale	34 535 146 \$	87 %	34 876 780 \$	86 %
Activités spécifiques	5 251 547 \$	13 %	5 563 605 \$	14 %
<b>TOTAL</b>	<b>39 786 693 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>40 440 385 \$</b>	<b>100 %</b>

L'augmentation des crédits consentis en 2015-2016 aux organismes communautaires de la région totalise un montant de 653 692 \$.

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce programme ont été les suivants :

- Une indexation de 1 %, soit 388 736 \$, a été octroyée aux organismes financés.
- Un organisme a vu son financement à la mission globale du ministère de la Famille transféré au CIUSSS suite au changement de rattachement administratif des organismes dédiés à la Supervision des droits d'accès. Il s'agit d'un montant de 60 014 \$.
- Le budget octroyé à l'organisme Maison René-Verrier a été annualisé à 680 000 \$ en 2015-2016. L'organisme avait débuté ses services à la fin de l'année financière 2014-2015.
- Une nouvelle entente récurrente au montant de 15 000 \$ a été conclue avec le Regroupement des organismes de base en santé mentale Régions 04-17 afin de contrer la stigmatisation.

De plus, quelques allocations ont été faites sur une base non récurrente :

- 154 124 \$ répartis entre les cinq organismes qui assurent les services de supervision des droits d'accès (SDA);
- 25 234 \$ alloués à la Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux pour défrayer les coûts inhérents à la réalisation des activités du Programme régional de formation dédié aux organismes communautaires;
- 20 000 \$ octroyés à un organisme dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie.

<b>Les données financières des organismes communautaires*</b>			
	<b>Subvention PSOC 2015-2016</b>	<b>Subvention PSOC 2014-2015</b>	<b>Variation</b>
<b>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT</b>			
<b>Déficiência intellectuelle</b>			
Arche Mauricie inc.	391 585 \$	387 708 \$	1 %
Association des personnes déficientes intellectuelles / Bécancour-Nicolet-Yamaska	159 967 \$	158 383 \$	1 %
Association pour la déficiência intellectuelle Centre-Mauricie <sup>46</sup>	140 728 \$	136 723 \$	3 %
L'association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	90 164 \$	89 271 \$	1 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	75 284 \$	74 539 \$	1 %
Parrainage civique Drummond inc.	94 487 \$	93 551 \$	1 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	84 550 \$	83 713 \$	1 %
	<b>1 036 765 \$</b>	<b>1 023 888 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Trouble du spectre de l'autisme</b>			
Autisme – Centre-du-Québec	71 511 \$	70 803 \$	1 %
Autisme Mauricie	129 449 \$	128 167 \$	1 %
Les horizons ouverts	185 725 \$	183 886 \$	1 %
	<b>386 685 \$</b>	<b>382 856 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>			
<b>Déficiência physique</b>			
Association de la surdité du Centre du Québec	7 417 \$	7 344 \$	1 %
Association de paralysie cérébrale région Mauricie et Centre du Québec	72 827 \$	72 106 \$	1 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	71 591 \$	70 882 \$	1 %

<sup>46</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
Association des personnes malentendantes de la Mauricie <sup>47</sup>	60 740 \$	59 035 \$	3 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francis	62 935 \$	62 312 \$	1 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	83 241 \$	82 417 \$	1 %
Association éducative et récréative des aveugles <sup>1</sup>	46 936 \$	40 000 \$	17 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc. <sup>48</sup>	0 \$	11 549 \$	-100 %
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francis inc.	251 193 \$	248 706 \$	1 %
Coup de main Mauricie	116 074 \$	114 925 \$	1 %
H.S.I. Handicaps soleil inc.	78 517 \$	77 740 \$	1 %
Handicap action autonomie Bois-Francis	91 010 \$	90 109 \$	1 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	43 684 \$	43 251 \$	1 %
	<b>986 165 \$</b>	<b>980 376 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Déficiences multiples</b>			
« La source » Association des personnes handicapées du Haut St- Maurice inc.	84 297 \$	83 462 \$	1 %
APEVAH des Chenaux	69 607 \$	68 918 \$	1 %
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	82 862 \$	82 042 \$	1 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	105 164 \$	104 123 \$	1 %
Association des parents d'enfants handicapés de Drummond inc. (APEHD)	83 150 \$	82 327 \$	1 %
Association des personnes handicapées actives de Mékinac <sup>49</sup>	85 740 \$	84 891 \$	1 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	103 308 \$	102 285 \$	1 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	88 209 \$	87 336 \$	1 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	119 023 \$	117 845 \$	1 %
Centre de stimulation l'Envol <sup>3</sup>	109 371 \$	108 288 \$	1 %
L'Amis-temps des Bois Francis <sup>50</sup>	131 615 \$	121 686 \$	8 %

<sup>47</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>48</sup> Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement en 2014-2015

<sup>49</sup> Organisme ayant changé de catégorie en 2015-2016

<sup>50</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
L'association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	79 942 \$	79 150 \$	1 %
L'Évasion, service de gardiennage et de répit <sup>1</sup>	134 002 \$	125 624 \$	7 %
	<b>1 276 290 \$</b>	<b>1 247 977 \$</b>	<b>2 %</b>
DÉPENDANCES			
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	89 561 \$	88 674 \$	1 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	98 622 \$	97 646 \$	1 %
Centre de réadaptation Wapan <sup>51</sup>	0 \$	54 260 \$	-100 %
Centre d'entraide Aux rayons du soleil inc. <sup>1</sup>	55 457 \$	54 062 \$	3 %
Centre l'Étape du bassin de Maskinongé inc.	89 560 \$	88 673 \$	1 %
La relance Nicolet-Bécancour inc.	89 560 \$	88 673 \$	1 %
Le grand chemin inc.	461 512 \$	456 943 \$	1 %
Maison « Réso » de la Mauricie <sup>52</sup>	0 \$	66 308 \$	-100 %
Maison Carignan inc.	265 854 \$	263 222 \$	1 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	73 970 \$	73 238 \$	1 %
Pavillon de l'assuétude	523 496 \$	518 313 \$	1%
Unité Domrémy de Plessisville inc.	101 530 \$	100 525 \$	1 %
	<b>1 849 122 \$</b>	<b>1 950 537 \$</b>	<b>-5%</b>
Hébergement mixte			
Centre Le havre de Trois-Rivières inc.	574 693 \$	569 498 \$	1 %
Centre Roland-Bertrand <sup>53</sup>	627 600 \$	538 852 \$	16 %
Ensoleilvent	371 177 \$	367 502 \$	1 %
Maison de transition de la Batiscan	384 023 \$	380 221 \$	1 %
	<b>1 957 493 \$</b>	<b>1 856 073 \$</b>	<b>5%</b>

<sup>51</sup> Organisme dont l'entente a pris fin au 31 mars 2015.

<sup>52</sup> Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement en 2014-2015.

<sup>53</sup> Organisme ayant fusionné avec La table populaire de Shawinigan en 2015-2016.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>			
<b>Organismes de justice alternative</b>			
Aux trois pivots	474 948 \$	470 246 \$	1 %
Avenues citoyennes Organisme de justice alternative	144 938 \$	143 503 \$	1 %
Commun accord organisme de justice alternative	208 951 \$	206 882 \$	1 %
L'alter égaux, Organisme de justice alternative	86 541 \$	85 684 \$	1 %
Organisme de justice alternative Volteface	261 549 \$	258 959 \$	1 %
Pacte Bois-Francs inc.	210 608 \$	208 523 \$	1 %
Ressources alternatives Maskinongé	89 782 \$	88 893 \$	1 %
	<b>1 477 317 \$</b>	<b>1 462 690 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Maisons de jeunes</b>			
« L'eau-vent » (maison de jeunes)	106 744 \$	105 687 \$	1 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	118 873 \$	117 696 \$	1 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan (Maison des jeunes de Shawinigan)	115 811 \$	114 664 \$	1 %
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	114 641 \$	113 506 \$	1 %
La corporation de la maison des jeunes « Action-jeunesse » inc.	106 744 \$	105 687 \$	1 %
La Fréquence Inc.	118 873 \$	117 696 \$	1 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	104 308 \$	103 275 \$	1 %
La maison de jeunes L'escale jeunesse-La piaule <sup>54</sup>	90 549 \$	89 652 \$	1 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	94 770 \$	93 832 \$	1 %
La maison des jeunes de Plessisville inc.	112 527 \$	111 413 \$	1 %
La traversée 12-18 ans inc.	112 950 \$	111 832 \$	1 %
L'accueil jeunesse Grand'Mère inc.	115 811 \$	114 979 \$	1 %
L'association des groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	94 770 \$	93 832 \$	1 %
Local action jeunes	85 604 \$	84 756 \$	1 %
Maison de jeunes Le transit	101 548 \$	100 543 \$	1 %

<sup>54</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2015-2016.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
Maison de jeunes L'éveil jeunesse de Louiseville inc.	112 951 \$	111 833 \$	1 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	118 873 \$	117 696 \$	1 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	126 660 \$	125 406 \$	1 %
Maison des jeunes « Le chakado »	84 800 \$	83 960 \$	1 %
Maison des jeunes de Bécancour	67 431 \$	66 763 \$	1 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban L'index	87 000 \$	87 000 \$	0 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	90 953 \$	90 052 \$	1 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	100 056 \$	99 065 \$	1 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	43 684 \$	43 251 \$	1 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	90 953 \$	90 052 \$	1 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	70 947 \$	70 245 \$	1 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain <sup>55</sup>	71 640 \$	67 658 \$	6 %
Maison des jeunes de St-Germain	94 770 \$	93 832 \$	1 %
Maison des jeunes de Wickham <sup>1</sup>	70 025 \$	64 994 \$	8 %
Maison des jeunes du Bas St-François	86 057 \$	85 205 \$	1 %
Maison des jeunes La forteresse <sup>1</sup>	73 761 \$	71 158 \$	4 %
Partenaires 12-18/Érable	84 235 \$	83 401 \$	1 %
Partenaires action jeunesse Mékinac	69 327 \$	68 641 \$	1 %
Trait d'union de Victoriaville	121 302 \$	120 101 \$	1 %
	<b>3 259 948 \$</b>	<b>3 219 363 \$</b>	<b>1%</b>
<b>Autres ressources jeunesse</b>			
Centre social et récréatif St-Sacrement	16 308 \$	16 147 \$	1 %
Espace Bois-Francis	136 076 \$	134 729 \$	1 %
Espace Mauricie	145 964 \$	144 519 \$	1 %
Gentilly Transit jeunesse <sup>1</sup>	55 592 \$	54 284 \$	2 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières <sup>1</sup>	48 906 \$	43 251 \$	13 %
Le refuge La piaule du Centre du Québec inc.	181 257 \$	272 462 \$	-33 %

<sup>55</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
Le TRÀSH – Travail de rue à Shawinigan <sup>1</sup>	49 269 \$	43 850 \$	12 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	82 432 \$	81 616 \$	1 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions <sup>1</sup>	74 760 \$	72 807 \$	3 %
Point de rue	244 009 \$	253 588 \$	-4 %
Répit jeunesse	98 071 \$	97 100 \$	1 %
Toit Jef inc.	94 354 \$	93 420 \$	1 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	94 354 \$	93 420 \$	1 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	94 354 \$	93 420 \$	1 %
	<b>1 415 706 \$</b>	<b>1 494 613 \$</b>	<b>-6 %</b>
<b>Maisons d'hébergement communautaire jeunesse</b>			
Maison Habit-action de Drummondville inc.	425 104 \$	420 895 \$	1 %
Maison Raymond Roy	417 970 \$	413 832 \$	1 %
	<b>843 074 \$</b>	<b>834 727 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>PERTES D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>			
<b>Maintien à domicile</b>			
Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	101 909 \$	100 900 \$	1 %
Association des personnes aidantes de la Vallée-de-la-Batiscan	101 909 \$	100 900 \$	1 %
Association des personnes proches aidantes de Bécancour-Nicolet-Yamaska	101 909 \$	100 900 \$	1 %
Association des personnes proches aidantes Drummond	101 909 \$	100 900 \$	1 %
Association des proches aidants Arthabaska-Érable	101 910 \$	100 900 \$	1 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	717 315 \$	710 213 \$	1 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	101 909 \$	100 900 \$	1 %
Services René-Verrier	203 818 \$	201 800 \$	1 %
Société Alzheimer du Centre-du-Québec	404 684 \$	400 677 \$	1 %
Soutien à domicile des Chenaux	22 000 \$	22 000 \$	0 %
	<b>1 959 272 \$</b>	<b>1 940 090 \$</b>	<b>1 %</b>

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
<b>Centres d'action bénévole (CAB)</b>			
Carrefour d'action bénévole du Haut St-Maurice	157 771 \$	156 209 \$	1 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	334 313 \$	331 003 \$	1 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	211 683 \$	209 586 \$	1 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	252 634 \$	250 132 \$	1 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	149 553 \$	148 072 \$	1 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	195 911 \$	193 971 \$	1 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	173 056 \$	216 839 \$	-20 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	166 944 \$	165 291 \$	1 %
Centre d'action bénévole des Riverains	149 553 \$	148 072 \$	1 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	426 352 \$	422 130 \$	1 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	158 897 \$	157 324 \$	1 %
Centre d'action bénévole du Rivage	230 350 \$	228 069 \$	1 %
Centre d'action bénévole Laviolette	412 523 \$	408 439 \$	1 %
Centre d'action bénévole Mékinac	160 493 \$	158 904 \$	1 %
Le centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	298 230 \$	295 277 \$	1 %
	<b>3 478 263 \$</b>	<b>3 489 318 \$</b>	<b>0 %</b>
<b>SANTÉ MENTALE</b>			
<b>Santé mentale</b>			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	348 750 \$	345 297 \$	1 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	183 033 \$	181 221 \$	1 %
Association Le P.A.S.	180 689 \$	178 900 \$	1 %
Atikamekw Sipi – Conseil de la Nation Atikamekw	13 314 \$	13 182 \$	1 %
Centre de prévention suicide Arthabaska-Érable inc.	179 026 \$	177 253 \$	1 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	129 244 \$	127 964 \$	1 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	181 481 \$	204 130 \$	-11 %
Centre prévention suicide Les deux rives	398 534 \$	424 667 \$	-6 %

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	176 713 \$	174 963 \$	1 %
Groupe d'entraide « L'entraîn »	192 978 \$	191 067 \$	1 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	141 079 \$	139 682 \$	1 %
Groupe d'entraide La lanterne	226 483 \$	224 390 \$	1 %
La chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	381 463 \$	377 686 \$	1 %
La maison Le réverbère inc.	410 472 \$	406 408 \$	1 %
La passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour-Nicolet-Yamaska	139 026 \$	137 649 \$	1 %
La ruche aire-ouverte inc.	178 434 \$	176 667 \$	1 %
L'avenue-libre du bassin de Maskinongé inc.	148 983 \$	147 508 \$	1 %
Le gyroscope du bassin de Maskinongé	120 392 \$	119 200 \$	1 %
Le périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	168 999 \$	167 325 \$	1 %
Le phénix, ECJ, Centre Mauricie/Mékinac	183 899 \$	182 078 \$	1 %
Le réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	69 247 \$	68 561 \$	1 %
Le traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	239 455 \$	237 084 \$	1 %
Les parents-partenaires inc.	129 197 \$	127 918 \$	1 %
Pivot Centre-Du-Québec	238 848 \$	236 483 \$	1 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	105 405 \$	92 510 \$	14 %
Réseau d'aide Le tremplin inc.	599 283 \$	593 349 \$	1 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	390 058 \$	386 196 \$	1 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	219 110 \$	216 941 \$	1 %
TDA/H Mauricie Centre du Québec	54 320 \$	53 782 \$	1 %
	<b>6 127 915 \$</b>	<b>6 110 061 \$</b>	<b>0 %</b>
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b>			
<b>Santé physique</b>			

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	69 222 \$	68 537 \$	1 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	68 221 \$	67 546 \$	1 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	69 981 \$	69 288 \$	1 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	87 964 \$	87 093 \$	1 %
Diabète Bois-Francs	62 357 \$	61 740 \$	1 %
Épilepsie Mauricie Centre du Québec	93 754 \$	92 826 \$	1 %
Hépatites ressources	111 285 \$	110 183 \$	1 %
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	57 848 \$	57 275 \$	1 %
Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc. <sup>56</sup>	71 336 \$	70 630 \$	1 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Centre-du-Québec <sup>57</sup>	54 966 \$	47 856 \$	15 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	74 219 \$	74 474 \$	0 %
	<b>821 153 \$</b>	<b>807 448 \$</b>	<b>2 %</b>
<b>Cancer</b>			
Le ruban rose	69 853 \$	69 161 \$	1 %
	<b>69 853 \$</b>	<b>69 161 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Maisons agréées de soins palliatifs</b>			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	437 460 \$	434 345 \$	1 %
Maison Marie Pagé	309 060 \$	306 000 \$	1 %
Maison René-Verrier <sup>58</sup>	680 000 \$	158 365 \$	329 %
	<b>1 426 520 \$</b>	<b>898 710 \$</b>	<b>37 %</b>
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>			
<b>Contraception, allaitement, périnatalité, famille</b>			
Allaitement-soleil	73 227 \$	72 502 \$	1 %

<sup>56</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2015-2016.

<sup>57</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>58</sup> Organisme ayant débuté ses activités en 2014-2015. Le financement a été annualisé en 2015-2016.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
Association des familles monoparentales ou recomposées La source <sup>59</sup>	15 207 \$	14 383 \$	6 %
Association Parents-ressources des Bois-Francis	19 975 \$	19 778 \$	1 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	88 731 \$	87 892 \$	1 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	2 344 \$	2 321 \$	1 %
La maison de la famille de Trois-Rivières inc. <sup>60</sup>	167 560 \$	96 986 \$	73 %
La parenthèse, Service droits d'accès <sup>2</sup>	12 411 \$	15 327 \$	-19 %
Le lien Maison de la famille	1 591 \$	1 575 \$	1 %
Le rendez-vous familial inc.	2 380 \$	2 386 \$	0 %
Maison de la famille des Chenaux	16 578 \$	16 443 \$	1 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé <sup>2</sup>	14 475 \$	18 048 \$	-20 %
Maison de la famille, Drummond inc.	16 206 \$	16 046 \$	1 %
Maison des familles Chemin du Roi inc <sup>2</sup>	5 753 \$	1 051 \$	447 %
Maison des familles de l'Érable	17 602 \$	17 428 \$	1 %
Maison des familles de Mékinac	16 093 \$	15 933 \$	1 %
Maison des familles du Rivage	5 008 \$	4 958 \$	1 %
Maternaide du Québec	94 257 \$	93 324 \$	1 %
Ressource parent-ailles	26 650 \$	26 386 \$	1 %
	<b>596 048 \$</b>	<b>522 767 \$</b>	<b>12 %</b>
<b>Personnes démunies</b>			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	127 237 \$	125 977 \$	1 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	121 367 \$	120 165 \$	1 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	92 604 \$	91 793 \$	1 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	115 037 \$	113 898 \$	1 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	76 756 \$	75 996 \$	1 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	115 818 \$	114 671 \$	1 %

<sup>59</sup> Variation du volume de Supervision des droits d'accès.

<sup>60</sup> Le financement à la mission de l'organisme en provenance du ministère de la Famille a été transféré.

<b>Les données financières des organismes communautaires*</b>			
	<b>Subvention PSOC 2015-2016</b>	<b>Subvention PSOC 2014-2015</b>	<b>Variation</b>
Centre du Plateau Laval	138 206 \$	136 838 \$	1 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	88 882 \$	88 002 \$	1 %
Ebyôn	74 260 \$	73 525 \$	1 %
Entraide Bécancour inc.	67 522 \$	66 853 \$	1 %
Fonds communautaire des Chenaux	99 032 \$	98 051 \$	1 %
La maison de L'abondance <sup>61</sup>	56 026 \$	55 000 \$	2 %
La sécurité alimentaire	86 900 \$	86 040 \$	1 %
La tablée populaire	107 904 \$	106 836 \$	1 %
La tablée populaire Shawinigan inc. <sup>62</sup>	0 \$	86 428 \$	-100 %
L'entre-aide de Louiseville	83 694 \$	82 866 \$	1 %
Les artisans bénévoles de la paix en Mauricie	100 664 \$	99 667 \$	1 %
Les cuisines collectives de Francheville	122 207 \$	120 997 \$	1 %
Les cuisines collectives des Bois-Francs	127 761 \$	126 496 \$	1 %
Ludolettre	105 634 \$	104 608 \$	1 %
Maison Coup de pouce T.-R.	99 485 \$	98 500 \$	1 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	131 780 \$	113 644 \$	16 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	93 915 \$	92 986 \$	1 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	123 017 \$	121 799 \$	1 %
Ressource aide alimentaire	83 062 \$	82 240 \$	1 %
	<b>2 438 770 \$</b>	<b>2 483 876 \$</b>	<b>-2 %</b>
<b>VIH – SIDA</b>			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	147 352 \$	145 786 \$	1 %
Maison Re-Né inc.	311 188 \$	308 107 \$	1 %
Sidaction Mauricie inc.	114 583 \$	113 143 \$	1 %
	<b>573 123 \$</b>	<b>567 036 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</b>			

<sup>61</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>62</sup> Organisme ayant fusionné avec le Centre Roland-Bertrand en 2015-2016.

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
<b>Orientation et identité sexuelles</b>			
Groupe régional d'intervention sociale (GRIS)–Mauricie/Centre-du-Québec <sup>63</sup>	78 686 \$	71 900 \$	9 %
	<b>78 686 \$</b>	<b>71 900 \$</b>	<b>9 %</b>
<b>Concertation et consultation générale</b>			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	209 084 \$	221 525 \$	-6 %
	<b>209 084 \$</b>	<b>221 525 \$</b>	<b>-6 %</b>
<b>Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté</b>			
La maison La nacelle	659 734 \$	655 782 \$	1 %
La rose des vents de Drummond inc.	674 776 \$	670 675 \$	1 %
La séjournelle <sup>64</sup>	675 151 \$	668 466 \$	1 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	700 723 \$	694 645 \$	1 %
Le toit de l'amitié	648 629 \$	642 207 \$	1 %
Maison « De connivence » inc.	675 151 \$	670 186 \$	1 %
Maison d'hébergement La volte-face	677 414 \$	708 707 \$	-4 %
	<b>4 711 578 \$</b>	<b>4 710 668 \$</b>	<b>0 %</b>
<b>Centres de femmes</b>			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	196 051 \$	199 110 \$	-2 %
Centre de femmes Parmi elles	195 866 \$	193 927 \$	1 %
Centre des femmes L'héritage	195 866 \$	193 927 \$	1 %
Femmes de Mékinac	195 672 \$	193 735 \$	1 %
La maison des femmes des Bois-Francs	195 961 \$	194 021 \$	1 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	209 815 \$	207 738 \$	1 %
Maison des femmes de Drummondville	196 122 \$	194 180 \$	1 %
	<b>1 385 353 \$</b>	<b>1 376 638 \$</b>	<b>1 %</b>

<sup>63</sup> Organisme ayant bénéficié d'un montant de réallocation.

<sup>64</sup> Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2015-2016

Les données financières des organismes communautaires*			
	Subvention PSOC 2015-2016	Subvention PSOC 2014-2015	Variation
<b>Autres ressources pour femmes</b>			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	543 619 \$	538 237 \$	1 %
	<b>543 619 \$</b>	<b>538 237 \$</b>	<b>1 %</b>
<b>Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)</b>			
CALACS Entraid'action, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	152 382 \$	150 873 \$	1 %
CALACS La passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	257 470 \$	254 921 \$	1 %
CALACS Unies-vers-elles	137 841 \$	137 976 \$	0 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	286 727 \$	283 888 \$	1 %
	<b>834 420 \$</b>	<b>827 658 \$</b>	<b>1%</b>
<b>Ressources pour hommes</b>			
Chez-nous entre-hommes	169 408 \$	169 731 \$	0 %
Halte Drummond	149 961 \$	148 476 \$	0 %
Homme alternative	149 961 \$	148 476 \$	1 %
L'accord Mauricie inc.	228 833 \$	231 817 \$	1 %
	<b>698 163 \$</b>	<b>698 500 \$</b>	<b>0 %</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>40 440 385 \$</b>	<b>39 786 693 \$</b>	<b>2 %</b>

\*Ces montants sont ceux octroyés par le PSOC. Ils n'incluent pas le financement versé aux organismes communautaires par les anciens établissements qui composent maintenant le CIUSSS. Une recension à cet effet a été effectuée en cours d'année.

---

# **INSTANCES ET COMITÉS**



## CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration administre les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs. Il organise les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales. Il doit également répartir équitablement, et dans le respect des enveloppées allouées, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et de leur utilisation économique et efficiente.

Composition du conseil d'administration (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 6 rencontres
M. Richard Desrochers président	Membre indépendant <i>Expertise en protection de la jeunesse</i>	83 %
M. Marc Descôteaux vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %
M. Martin Beaumont secrétaire	Président-directeur général	83 %
M. Michel Larrivée	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M <sup>me</sup> Julie Beaulieu	Membre indépendant <i>Expertise en santé mentale</i>	67 %
M. Michel Dostie	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation</i>	100 %
M. Jacques Fraser	Membre indépendant <i>Expertise dans les organismes communautaires</i>	67 %
M <sup>me</sup> Elana MacDougall	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %
M. Marcel Dubois	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %
M <sup>me</sup> Chantal Plourde	Membre indépendant <i>Expertise en réadaptation</i>	83 %
M <sup>me</sup> Ginette Aubin-Caron	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux</i>	S. O. <sup>65</sup>
M. Pierre Belhumeur	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ	83 %
M <sup>me</sup> Marie-Josée Martel	Représentant d'une université à laquelle est affilié le CIUSSS MCQ	100 %
D <sup>r</sup> Pierre Martin	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	100 %

<sup>65</sup> M<sup>me</sup> Aubin-Caron a été nommée à ce poste le 8 mars 2016 et n'a donc pas participé à aucune des séances tenues en 2015-2016.

Composition du conseil d'administration (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 6 rencontres
D <sup>r</sup> Christian Carrier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	83 %
M <sup>me</sup> Caroline Charest	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
M <sup>me</sup> Johanne Vincent	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	67 %
M. Olivier Tardif	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>	100 %
M. André Poirier	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	100 %
M. Pierre Labonté	Membre observateur <i>Fondations</i>	100 %

### Faits saillants

Le conseil d'administration a tenu six rencontres, dont deux séances spéciales, avec un taux de participation de 89 %.

Depuis la création du CIUSSS MCQ le 1<sup>er</sup> avril 2015, le conseil d'administration a adopté 141 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions. Voici les principales résolutions adoptées :

- Règlement sur la régie interne du conseil d'administration et du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers;
- Règlement concernant les modalités de désignation et les règles de régie interne du CRSP et des règlements de régie interne transitoire du CMDP, du CII et du CM;
- Nomination des cadres supérieurs de l'établissement;
- Désignation de signataires autorisés : affaires bancaires, RAMQ, convention de soutien financier aux organismes communautaires, autorisation des projets de recherche, etc.;
- Plan d'organisation du CIUSSS MCQ;
- Plan de gouvernance médicale du CIUSSS MCQ;
- Politique de gestion des stationnements;
- Plan de conservation de l'équipement et du mobilier – volet médical (2015-2016);
- Modifications aux dénominations des installations;
- Entente de gestion et d'imputabilité MSSS – CIUSSS MCQ 2015-2016;
- Rapport périodique (RR-444) à la période 7 de l'exercice financier 2015-2016;
- Rapports annuels de gestion et des rapports sur l'examen des plaintes 2014-2015 des établissements fusionnés;
- Politique relative à l'intégrité et à la conduite responsable en recherche;
- Nominations des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, conformément aux règles en vigueur

Enfin, dans le volet « Pertinence, qualité, sécurité et efficacité des services dispensés », des suivis réguliers ont été faits dans les domaines suivants :

- Tableau de bord sur la prévention et le contrôle des infections;
- Engagements inscrits à l'entente de gestion et d'imputabilité;
- Données sur l'accessibilité aux services, la performance et l'amélioration continue.

### **Le rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie**

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec prévoit que le rapport annuel de gestion doit faire état, pour l'année écoulée, des données relatives au suivi de l'application du Code :

- Le nombre de cas traités et leur suivi;
- Les manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*;
- Les décisions prises et sanctions imposées par le conseil d'administration;
- Le nom des membres suspendus ou dont le mandat a été révoqué.

En 2015-2016, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du rapport annuel de gestion qui est disponible sur le site internet de l'établissement à l'adresse suivante : [www.ciuSSSMCQ.ca](http://www.ciuSSSMCQ.ca), sous l'onglet *Documentation/rapports annuels*.

## **COMITÉ DE VIGILANCE ET QUALITÉ**

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et faire des recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers. Enfin, il doit favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par les rapports ou recommandations et veiller à ce que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

<b>Composition du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2016)</b>		<b>Assiduité aux 6 rencontres</b>
M. Marc Descôteaux, président	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	100 %
M. André Poirier, vice-président	Représentant désigné par et parmi les membres du comité des usagers du CIUSSS MCQ	100 %
Mme Marie-Josée Martel, secrétaire	Représentante d'une université à laquelle est affiliée le CIUSSS MCQ	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	67 %

Composition du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 6 rencontres
Mme Doris Johnston	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	100 %
La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) soutient ce comité et en assure le soutien administratif. Ainsi, Mme Louise Laviguer et M. Martin D'Amour, directrice et directeur adjoint à la DQEPE, assistent également aux rencontres.		

### Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu six rencontres avec un taux de participation de 93 %. À signaler : les trois premières rencontres ont été tenues par un comité transitoire composé du président-directeur général, de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, du médecin examinateur de Trois-Rivières, de la directrice et du directeur adjoint de la DQEPE.

Le comité a pris connaissance des rapports suivants envoyés par le conseil d'administration : Protecteur du citoyen, Régime d'examen des plaintes et de la qualité des services, Rapports du coroner, Rapport d'agrément, Rapports d'inspections professionnelles, Rapports des visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD et en RI-RTF et différents autres rapports, tels que celui de la visite en tomodensitométrie du Centre d'expertise en radioprotection pour l'Hôpital Sainte-Croix (Drummond) et les rapports d'analyse du CIUSSS MCQ et d'enquête du MSSS suite aux événements survenus au Centre d'hébergement Cooke.

En ce qui concerne la « Pertinence, qualité, sécurité, efficacité des services rendus », le comité a demandé les plans d'action des directions concernées suite aux différents rapports déposés, de même qu'un portrait de la situation dans les urgences et les délais d'attente, un plan d'action sur l'optimisation des ressources des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau, et autres informations.

Un tableau intégré du suivi des plans d'amélioration facilite le suivi du CVQ. Ce tableau comprend, en plus des rapports et recommandations reçus, le suivi des conditions requises pour maintenir l'agrément des services, la certification des résidences privées pour aînés et les suivis accordés aux événements sentinelles

## COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans le CIUSSS MCQ et par le conseil d'administration.

Composition du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 4 rencontres
M. Richard Desrochers, président du CA	Membre indépendant	100 %
M. Michel Larrivée, président du comité	Membre indépendant	100 %
M <sup>me</sup> Julie Beaulieu, vice-présidente du comité	Membre indépendant	75 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %

Composition du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 4 rencontres
M. Pierre Belhumeur	Universités (1)	50 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité	Membre indépendant	100 %
M. Jacques Fraser	Membre indépendant	75 %

### Faits saillants

Le comité a tenu quatre rencontres avec un taux de participation de 86 %.

- Le comité a élaboré, mis à jour et recommandé au conseil d'administration les différents documents suivants :
  - Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CIUSSS MCQ
  - Procédure d'adoption de résolutions en bloc
  - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
  - Un rappel annuel des dispositions de ce Code
  - Une mise à jour annuelle des déclarations d'intérêt des administrateurs
  - Un outil synthèse sur le code d'éthique et de déontologie des administrateurs
  - Critères et procédure sur l'appréciation annuelle de la contribution des membres et du rendement du président du conseil d'administration
  - Politique de formation continue des membres du conseil d'administration
- En matière de profils de compétence et d'expérience des membres indépendants du conseil d'administration, le comité a participé à l'analyse et à la recommandation de candidatures en vue de combler un poste vacant au sein du conseil d'administration (membre indépendant – Usager des services sociaux).
- Enfin, le comité recommande la tenue d'un Lac-à-l'épaule des membres du conseil d'administration dans le but de consolider leurs liens et de favoriser l'appropriation des orientations stratégiques et du processus de gestion conduisant à l'adoption du plan opérationnel du CIUSSS MCQ.

## COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité de vérification doit s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration, de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers, de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces, de formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de vérification externe et interne.

Il doit également recommander et faire le suivi au conseil d'administration des dossiers stratégiques et de développement des ressources financières, immobilières, informationnelles, et des équipements. Plus particulièrement, le comité recommande, assure le suivi et fait rapport périodiquement au conseil d'administration des plans de maintien d'actifs suivants : plan de maintien des actifs immobiliers, plan de rénovation fonctionnelle en

CHSLD, plan de rénovation fonctionnelle hors CHSLD, plan des équipements médicaux, plan des équipements non médicaux, plan de maintien des actifs informationnels.

Composition du comité de vérification (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 5 rencontres
M. Marcel Dubois, président du comité de vérification	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	100 %
M <sup>me</sup> Julie Beaulieu, vice- présidente du comité de vérification	Expertise en santé mentale	80 %
M. Michel Dostie, secrétaire du comité de vérification	Expertise en réadaptation	100 %
M. Richard Desrochers, président du conseil d'administration	Expertise en protection de la jeunesse	100 %
M. Marc Descôteaux, membre indépendant	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	60 %
M <sup>me</sup> Chantal Plourde, membre indépendante	Expertise en réadaptation	80 %

#### Faits saillants

Le comité de vérification a tenu cinq rencontres en 2015-2016 avec un taux de participation de 87 %. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été traitées :

- choix limite du régime rétrospectif 2016;
- présentation du rapport périodique RR-444, 2015 2016, pour lequel une recommandation d'adoption a été faite;
- lignes internes de conduite concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics, pour lesquelles une recommandation au conseil d'administration a été faite;
- directive sur les contrats de services non soumis à l'autorisation du dirigeant d'organisme (LGCE), laquelle a été recommandée au conseil d'administration;
- processus budgétaire 2016-2017;
- processus Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) et Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) 2016-2019;
- gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réalisation de travaux réalisés avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- suivi budgétaire périodes 6, 9 et 11 et cibles d'optimisation;
- nomination des officiers et mandat du comité de vérification selon le règlement interne.

## COMITÉ SUR LES RESSOURCES HUMAINES

Le comité a le mandat d'assurer une vigie sur les activités suivantes :

- Plans d'action reliés à la planification de la main-d'œuvre, au recrutement, ainsi qu'à l'accueil et à l'intégration du nouveau personnel;
- Participation, maintien des compétences et développement des ressources humaines;
- Mobilisation, motivation et valorisation des ressources humaines de l'établissement;
- Grands projets de changement et de réorganisation du travail ayant un impact sur la main d'œuvre;
- Présence au travail, santé et sécurité au travail et gestion de l'absentéisme;
- Mécanismes d'évaluation de la performance des cadres supérieurs et des hors-cadres.

Composition du comité sur les ressources humaines (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 2 rencontres
Mme Elana MacDougall, présidente	Membre indépendante	100 %
M. Jacques Fraser, vice-président	Membre indépendant	100 %
M. Michel Larrivée	Membre indépendant	100 %
M. Richard Desrochers	Président du CA (membre d'office non participant)	

### Faits saillants

Le comité a tenu deux rencontres au 31 mars 2016 avec un taux de participation de 100 %. Deux autres rencontres sont prévues en avril et mai 2016.

Les membres du comité ont eu les présentations suivantes :

- Structure organisationnelle de la DRHCAJ qui prévoit notamment un gestionnaire responsable de l'attraction et la rétention des talents;
- Modèle de leadership LEADS;
- Plans de développement collectif et individuel développés à partir du bilan préliminaire du processus d'entrevue pour les postes cadres;
- Projet GRH renouvelée, axé sur une gestion de proximité visant la mobilisation et la valorisation du personnel;
- Indicateurs reliés à la présence au travail et à la santé et sécurité au travail : plan d'action en élaboration afin d'atteindre la cible du ministère.

## COMITÉ SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

De façon générale, le mandat du comité sur la responsabilité populationnelle est de s'assurer que l'établissement offre un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population selon des trajectoires de soins intégrés dans une perspective d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Composition du comité sur la responsabilité populationnelle (au 31 mars 2016)		Assiduité aux 2 rencontres
M. Michel Dostie, président (départ 15-12- 2015)	Membre indépendant du conseil d'administration du CIUSSS MCQ	100 %
Mme Chantal Plourde, vice- présidente	Membre indépendante du conseil d'administration du CIUSSS MCQ	100 %
Mme Lyne Girard, secrétaire	Directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation et directrice du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique CIUSSS MCQ	100 %
Mme Lucie Letendre	Directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée CIUSSS MCQ	100 %
Dre Isabelle Goupil-Sormany	Directrice de santé publique et responsabilité populationnelle CIUSSS MCQ	100 %
M. Olivier Tardif	Kinésiologue Direction de santé publique et responsabilité populationnelle Désigné par et parmi les membres du Conseil multidisciplinaire (CM) du CIUSSS MCQ CIUSSS MCQ	100 %
Mme Johanne Vincent	Infirmière auxiliaire Désignée par et parmi les membres du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) du CIUSSS MCQ	100 %

### Faits saillants

Le Comité a tenu deux rencontres avec un taux de participation de 100 %.

Afin de bien occuper leurs nouvelles fonctions, les membres ont eu accès à diverses présentations :

- Rôles et responsabilités du comité sur la responsabilité populationnelle;
- Rôle de vigie que doit exercer le comité pour s'assurer de la responsabilité populationnelle;

- Cadre de référence régional sur la responsabilité populationnelle (approche populationnelle et déploiement d'un continuum de santé et de bien-être);
- Appropriation des grands axes de la participation citoyenne;
- Présentation des concepts théoriques du partenariat de soins et de services et de l'évolution des approches de soins, dont les concepts de patient partenaire et patient ressource;
- À venir : le plan d'action régional sur la responsabilité populationnelle pour l'année 2015-2016, le projet clinique (RLS) et le développement des communautés.

## COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION GÉNÉRALE

Le mandat du comité consiste à analyser et à soumettre, au Président-directeur général, les recommandations jugées nécessaires en ce qui concerne : les orientations et les priorités d'actions de l'établissement, les moyens à mettre en œuvre pour que les services dispensés dans l'établissement le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans les autres établissements de la région et qu'ils répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats, les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques, la répartition des lits mis à la disposition des bénéficiaires en fonction de leurs besoins, de l'intensité de soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement, du permis et des besoins de l'enseignement et l'élaboration du plan d'organisation de l'établissement. À cette fin, le comité doit comprendre, en plus des personnes qui le composent en vertu de l'article 16, une personne désignée par le conseil consultatif du personnel clinique.

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2016)	
Dr Christian Vinette, président	Directeur des services professionnels et de la pertinence clinique
Dr François Chabot	Chef du département d'anesthésiologie
Dr Christian Carrier	Chef du département de biologie médicale
Dr Christian Arseneau	Chef du département d'imagerie médicale, <b>intérim</b>
Dr Olivier Roy	Chef du département de médecine d'urgence
Dr Étienne Bureau	Chef du département de chirurgie
Dr Carl Éric Gagné	Chef du département de médecine spécialisée
Dr Yves Lamirande	Chef du département de médecine générale, <b>intérim</b>
Dre Mélanie Noël	Chef du département de pédiatrie
Dre Nicole Charest	Chef du département de gynécologie-obstétrique
M. Alain Bureau	Chef du département de pharmacie
Dre Marie-Claude Parent	Chef du département de psychiatrie
Dr Lionel Jospitre	Coordonnateur médical La Tuque

Composition du comité consultatif de la direction générale (au 31 mars 2016)	
Dr Daniel Carrier	Adjoint au chef du département de médecine spécialisée
Dr François Parent	Codirecteur – SPU
Dr André Poirier	Codirecteur – Enseignement et recherche
Dr Jocelyn Gervais	Président du CECMDP
Dr Thierry Dambry	Directeur des services professionnels adjoint
Dre Rafika Dahmane	Directrice des services professionnels adjointe
Dr Benoît Gervais	Directeur des services professionnels adjoint
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
M. Gaétan Lamy	Président-directeur général adjoint
Mme Josée Simoneau	Directrice des soins infirmiers
M. Gilles Hudon	Directeur des services multidisciplinaires
Dr Pierre Martin	Chef du DRMG
Mme Lucie Letendre	DGA aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et soutien à l'autonomie de la personne âgée
Mme Lyne Girard	DGA aux programmes sociaux et de la réadaptation

### Faits saillants

Le comité consultatif à la direction générale n'a tenu qu'une rencontre, soit le 15 mars 2016. Le taux de participation a été de 96,3 % (26 membres sur 27). Comme cette rencontre a été une occasion de se présenter, de s'informer et de mettre en place la structure et l'organisation du comité, aucune recommandation n'a été émise.

## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a pour mandat de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à : identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement, dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence. Il doit également s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches et voir à la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration du CIUSSS MCQ la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Composition du comité de gestion des risques (au 31 mars 2016)	
Mme Lucie Arbour	Représentante pour le comité des usagers
Mme Nathalie Boisvert	Directrice adjointe à la DSPPC – soins critiques et services

Composition du comité de gestion des risques (au 31 mars 2016)	
	ambulatoire
Mme Chantal Bournival	Directrice adjointe SAPA – assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien
Mme Hélène C. Pépin	Représentante pour le comité des usagers
Mme Jacinthe Cloutier	Adjointe à la directrice DGAPSR
M. Martin d'Amours – membre d'office et représentant du PDG	Directeur adjoint à la DQEPE
M. Alain Gervais – membre d'office	Coordonnateur du service GBM
Mme Annie Laberge – membre d'office	Chef de service PCI
M. Mathieu Lapointe	Pharmacie
Mme Élise Leclair	Directrice adjointe à la DSI – soutien et développement des pratiques professionnelles en SI et PCI
Mme Louise Luneau	Adjointe à la directrice DPJF
Mme Claudia McMahon – membre d'office	Chef de service – gestion intégrée des risques et prestation des soins et services
M. André Sauvé	Directeur adjoint à la DPSMAD – hébergement et services spécialisés en santé mentale
M. Hugo Toupin	Adjoint au directeur DSM
M. Éric Tremblay	Adjoint à la directrice DSPRP
Mme Johanne Vachon	Adjointe à la directrice DPJ
Mme Marielle Vincent – membre d'office	Chef d'administration de programme URDM

### Faits saillants

Le comité a tenu une rencontre au cours de l'année avec un taux de participation de 89 %. Parmi les activités réalisées, signalons, entre autres :

- le rapatriement de l'ensemble des registres locaux des incidents et accidents (12) pour créer un registre unique;
- la recommandation de recourir uniquement au logiciel SSSS (MSSS), suite à l'analyse faite et présentée au comité de gestion des risques et d'opter pour un mode de fonctionnement décentralisé de la saisie des rapports d'incidents et d'accidents.
- En lien avec l'identification et analyse des risques d'incident ou d'accident, signalons :
  - des activités de sensibilisation ont été faites auprès de plusieurs responsables de secteurs sur leurs responsabilités en matière de sécurité.
  - un registre unique d'événements sentinelles a été bâti permettant de suivre l'ensemble des événements majeurs, les mesures convenues et la réalisation de celles-ci.
  - à ce jour, 29 253 déclarations ont fait l'objet d'un dépôt dans le registre local.
  - seulement 0,6 % de ces déclarations ont généré des conséquences importantes chez les usagers.

- 9 % des déclarations ont été faites en identifiant un risque avant sa réalisation, contribuant ainsi à agir de façon proactive sur nos zones de vulnérabilités.
- les principaux risques pour nos usagers sont les chutes, constituant 44 % des déclarations rapportées, suivis des erreurs de médicament dans une proportion de 28 %.
- En lien avec la surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales, signalons, entre autres :
  - l'élaboration d'une stratégie globale sur les infections nosocomiales afin de répondre au plan stratégique du MSSS;
  - création de deux comités sur l'hygiène des mains pour harmoniser les méthodes d'audit et faire la promotion de l'hygiène des mains au sein du CIUSSS MCQ, souhaitant ainsi répondre aux cibles attendues par le MSSS;
  - élaboration d'aide-mémoires afin d'uniformiser la façon de gérer les éclosions de gastro-entérite et de grippe au sein des installations du CIUSSS MCQ et déploiement auprès des conseillères en prévention du contrôle des infections (PCI).
  - surveillance de la transmission des bactéries multirésistantes dans chaque établissement de courte durée
- Diverses mesures ont été prises visant à prévenir la récurrence des incidents et des accidents et à apporter du soutien aux victimes et aux proches
- Actions prises pour le suivi des événements sentinelles : au total 205 événements ont faits l'objet d'une analyse approfondie suite à l'identification ou la réalisation d'un risque dans la prestation de soins et services et pour lesquelles des mesures pour éviter la récurrence ont été prises.
- Dépôt d'un registre à chaque rencontre du comité de vigilance et de la qualité contenant différents sujets en lien avec la sécurité des soins et services offerts.

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le conseil des infirmières et infirmiers doit, entre autres, apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés et faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres. Il peut également donner son avis sur l'organisation scientifique et technique et les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers. Enfin, il peut donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur des questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers et sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Composition du conseil des infirmières et infirmiers (au 31 mars 2016)	
Mme Claudia McMahon, présidente	Trois-Rivières
Mme Annie-Claude Frigon, vice-présidente	Arthabaska-Érable
Mme Danielle Philibert	Bécancour-Nicolet-Yamaska
Mme Suzie Côté	Drummond
Mme Maryse Garand (en remplacement de	Énergie

Composition du conseil des infirmières et infirmiers (au 31 mars 2016)	
Mélanie Cloutier)	
Mme Laurie Desrochers	Haut-St-Maurice
Mme Andréanne Jetté	Maskinongé
Mme Marguerite Dumont	Vallée-de-la-Batiscan
Mme Geneviève Beulé	InterVal
<b>Membres d'office :</b>	
Mme Dolorès Pronovost, présidente du CIIA	Énergie
Mme Sandra Denoncourt, vice- présidente du CIIA	Maskinongé
Mme Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers	
M. Martin Beaumont, président-directeur- général	

### Faits saillants

Le conseil des infirmières et infirmiers a tenu trois rencontres régulières, dont deux conjointes avec le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) avec un taux de participation de 91 %. Par ailleurs, trois rencontres téléphoniques et trois consultations par courriel se sont ajoutées pendant l'année.

- Dans le volet « Appréciation de la qualité de l'acte infirmier et de la sécurité », le CECII-CIIA a été consulté et a émis des avis sur les sujets suivants :
  - La politique relative aux soins de fin de vie;
  - L'offre de service en éthique clinique au CIUSSS MCQ;
  - Le protocole clinique sur la sédation palliative continue;
  - Le protocole clinique sur l'aide médicale à mourir;
  - La politique concernant l'utilisation des appareils électroniques par les usagers et les visiteurs.
- Début d'une collaboration avec l'équipe de la direction adjointe soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et prévention des infections, sur différents dossiers.
- En évaluation, maintien et développement des compétences, les infirmières et infirmières auxiliaires ont participé à un sondage en ligne de l'OIIQ concernant les compétences à développer chez les étudiantes infirmières pour assurer une prestation sécuritaire des soins infirmiers (2 membres du CECII) et à différentes formations individuelles ou de groupes découlant de la Loi 90, et ce, malgré la fusion des établissements.
- En amélioration de la pratique, le CECII-CIIA a été consulté pour la mise en application des règles de soins infirmiers suivantes :
  - évaluation de la douleur aiguë chez les aînés (applicable à Trois-Rivières et Maskinongé);
  - dépistage, évaluation et intervention auprès de la clientèle suicidaire adulte

- prescription infirmière
- Le comité exécutif du CII a été consulté et a émis des avis sur, entre autres :
  - les structures d'encadrement cliniques du CIUSSS MCQ;
  - le code d'éthique harmonisé transitoire du CIUSSS MCQ;
  - la procédure de rédaction et de gestion de la documentation clinique des services de santé et services sociaux
- Enfin, depuis sa création, le CECII travaille activement à la réalisation de différents mandats, entre autres : la mise en place du comité des infirmières auxiliaires du CIUSSS MCQ, l'élaboration du règlement officiel de régie interne du CII et du CIIA et d'une marche à suivre pour l'envoi d'une demande de consultation au CECII pour tous les documents touchant la pratique des soins infirmiers, l'exploration de différents moyens à mettre en place pour établir un réseau local d'infirmières et d'infirmières auxiliaires de liaison permettant la transmission d'informations aux équipes de soins et le support du CECII-CIIA dans ses différentes activités et l'élaboration d'une page d'information, dédiée au CII et CIIA, incluse sur le site Web du CIUSSS MCQ.

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le conseil multidisciplinaire doit, entre autres, soumettre au conseil d'administration des recommandations relatives à la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres et donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Composition du conseil multidisciplinaire (au 31 mars 2016)	
M. Michael Monast, président	Agent de relations humaines, Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille - Drummondville
M. Pascal Huot, vice-président	Travailleur social, centre Laviolette
M. Michel Beaudet, administrateur	Kinésologue, Services externes de réadaptation en déficience physique - Victoriaville
Mme Charlene Bolger, administratrice	Organisatrice communautaire, Centre de services du Haut-Saint-Maurice
M. Jérémie Bousquet, administrateur	Travailleur social, CLSC Drummond
M. Alain Demers, administrateur	Psychologue, Centre de services Comtois
M. Benoît Desmarais, administrateur	Physiothérapeute, Centre d'hébergement et CLSC de Saint-Narcisse
Mme Mylène Lemyre-Morrisette, administratrice	Éducatrice spécialisée, Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme - Institut universitaire - Trois-Rivières
Mme Marie-Pierre Paquin-Boutin, administratrice	Agent de planification, programmation et recherche, Centre Filles de la Sagesse

Composition du conseil multidisciplinaire (au 31 mars 2016)	
Mme Julie Routhier, administratrice	Agent de relations humaines, CLSC de l'Érable
Mme Chantal Turgeon, administratrice	Agent de relations humaines, Services de réadaptation en dépendance - Trois-Rivières
Mme Caroline Renault, administratrice	Physiothérapeute, Centre administratif du CSSS de l'Énergie
M. Olivier Tardif, observateur	Kinésologue, Centre St-Joseph

### Faits saillants

Le conseil multidisciplinaire a tenu huit rencontres avec un taux de participation de 96 %.

En plus de l'élaboration de ses règlements de régie interne, de son plan d'action, des prévisions budgétaires, de son plan de communication, des outils pour les comités de pairs et des prix « Reconnaissance de pairs », le conseil multidisciplinaire a participé à diverses consultations et à certains comités en lien avec son rôle concernant :

- les structures d'encadrement clinique;
- la Procédure de rédaction et de gestion de la documentation clinique des services de santé et services sociaux;
- le comité de travail de l'élaboration du code d'éthique;
- la politique liée aux soins de fin de vie;
- l'utilisation des appareils électroniques par les usagers et les visiteurs.

## CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Le mandat du Conseil des sages-femmes consiste à contrôler et à apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement; à faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres, sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres et sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat. Le conseil peut également donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du centre local de services communautaires et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des sages-femmes.

Composition du comité des sages-femmes (au 31 mars 2016)	
Mme Jessica Thompson, présidente	
Mme Annie Bronsard, vice-présidente	
Mme Linda Bergeron, administratrice	
Mme Maryse Poirier, administratrice	
Mme Barbara Paquet,	

Composition du comité des sages-femmes (au 31 mars 2016)	
secrétaire	
Mme Claudette Boutin	Cadre supérieure transitoire en utilisation et déléguée (avril 2015 à janvier 2016)
Mme Nathalie Perreault	Directrice adjointe – Périnatalité et déléguée par Monsieur Martin Beaumont, président-directeur-général
Mme Lysianne C. Jutras	Sage-femme
Mme Katherine Groulx	Sage-femme (congé de maternité)
Mme Marielle Labarre	Sage-femme (congé de maternité)
Mme Guylaine Labbé	Sage-femme
Mme Caroline Marchand	Sage-femme
Mme Érica Goupil	Sage-femme (congé de maternité)
Mme Luce Pinard	Sage-femme (congé de maternité)
Mme Maude Lapointe	Sage-femme (congé de maternité)
Mme Marie-Ève St-Laurent	Sage-femme
Mme Émilie Brunet-Pagé	Sage-femme (congé parental)
Mme Christine St-Onge	Sage-femme
Mme Cindy Boucher	Sage-femme

### Faits saillants

Le conseil des sages-femmes a tenu six réunions, dont trois extraordinaires, avec un taux de participation de 97 %.

- Intégration du conseil des sages-femmes (CSF) au CIUSSS MCQ en lien avec la distribution appropriée des services dispensés par ses membres : représentations pour faire partie des instances consultatives, participation aux consultations sur les structures d'encadrement clinique, au comité de travail pour l'élaboration du code d'éthique harmonisé et à la procédure de rédaction et de gestion de la documentation clinique;
- Contrôle et appréciation de la qualité et de la pertinence des actes posés par les sages-femmes : poursuite des activités du sous-comité de qualité de l'acte et de révision des dossiers, satisfaire aux recommandations d'inspection professionnelle de l'Ordre des sages-femmes du Québec, poursuite des présentations de dossiers cliniques en comité périnatal bimensuellement;
- Recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres : travail en cours pour la révision et la mise à jour de deux règles de soins et approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO<sup>OB</sup>);
- Recommandations sur les obligations rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme : participation à diverses formations obligatoires (urgences obstétricales, réanimation néonatale avancée, RCR, formation d'allaitement, congrès annuel de l'Association canadienne des sages-femmes);

- Recommandation sur les qualifications et les compétences d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration : le CSF a recommandé l'embauche de trois sages-femmes en cours d'année au conseil d'administration;
- Le CSF a procédé à la mise à jour de son règlement de régie interne en attente d'approbation par le conseil d'administration, un plan d'action a été déposé de même que l'élaboration d'une grille de suivi.

## DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le comité de direction du DRMG exerce, sous l'autorité PDG, les responsabilités suivantes : faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens et assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan; définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires, faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières, évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens et donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux, sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments et sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé.

Composition du département régional de médecine générale (DRGM) (au 31 mars 2016)	
Dr Pierre Martin, chef	TMT de Trois-Rivières
Dr Louis Auger, vice-président	TMT d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Réjean Duplain	Représentant de la Faculté de l'Université de Montréal – Campus Mauricie (jusqu'au 31 mars 2016)
Dre Diane Amot	TMT de Drummondville
D <sup>re</sup> Guylaine Gauthier	TMT de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Dr Jean-François Turmel	TMT du Haut-Saint-Maurice
Dr Jean Côté	TMT de Maskinongé
Dr Dany Sirois	TMT du Centre-de-la-Mauricie
Dr Benoît Marchand-Antonin	TMT de la Vallée-de-la-Batiscan
M. Martin Beaumont	PDG du CIUSSS MCQ
Dr Christian Vinette	Directeur des services professionnels et de la pertinence clinique

### Faits saillants

Le DRMG a tenu huit rencontres régulières, plus trois rencontres extraordinaires, avec un taux de participation de 95 %. Au cours de ces réunions, les questions et activités suivantes ont été abordées ou réalisées :

- Désignation d'un membre du DRMG à divers comités (comité tactique du transfert des ressources en GMF, comité de cancérologie, comité sur l'aide médicale à mourir, CMDP et CA);

- Visite du chef du DRMG aux Tables médicales territoriales;
- Création d'un comité pour la réorganisation des services médicaux au RLS Maskinongé;
- Mise en place d'un comité d'optimisation des GACO;
- Mise en place de mesure pour la référence de la clientèle aux médecins de famille et suivi des indicateurs d'inscription de la population;
- Plan régional d'organisation des services médicaux régionaux (PREM);
- Recommandation pour l'adhésion de tous les GMF au Programme de financement des GMF;
- Soutien à la création des GMF-R et GMF-U.

### Recommandations

- Que le conseil d'administration fasse de l'accessibilité à un médecin de famille une priorité et exige du CIUSSS MCQ un plan d'action pour chacune des régions desservies par ses services.
- Que dans le plan d'action soient incluses des mesures s'adressant à l'activité professionnelle des médecins de famille à l'intérieur du CIUSSS, à l'intérieur des règlements de département et en lien avec un plan d'organisation des services de première ligne mis de l'avant par le DRMG.

## CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a comme responsabilités, entre autres, de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre, de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que les privilèges et le statut à accorder, de donner son avis sur les mesures disciplinaires à imposer à un médecin, dentiste ou pharmacien et de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique.

Il a également comme mandat de donner des avis sur divers aspects administratifs comme, entre autres : les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le CIUSSS MCQ le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans un centre exploité par un autre établissement de la région et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats, l'organisation technique et scientifique du CIUSSS MCQ et la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi que l'organisation médicale.

Composition du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (au 31 mars 2016)	
Dr Jocelyn Gervais, président	RLS de Shawinigan
Dr Mario Pelletier, vice-président	RLS de Trois-Rivières
Dr Gilles Viens, vice-président	RLS de Drummondville
D <sup>re</sup> Deborah Monaghan, vice-présidente	RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Composition du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (au 31 mars 2016)	
Dr Michel Leblanc, secrétaire	RLS de Trois-Rivières
Dr Marco Gallant, trésorier	RLS de Drummondville
Dr Pierre Bareil, conseiller	RLS de Maskinongé
Mme Manon Boudreau, conseillère	Département de pharmacie (RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable)
D <sup>re</sup> Valérie Cardinal, conseillère	RLS de Shawinigan
D <sup>re</sup> Cécile Guedes- Marchand, conseillère	RLS de Vallée-de-la-Batiscan
Dre Isabelle Héroux, conseillère	RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Dr Norman Laurin, conseiller	RLS de Trois-Rivières
Dr Jean-François Turmel, conseiller	RLS du Haut-Saint-Maurice
M. Martin Beaumont, PDG	CIUSSS MCQ
Dr Christian Vinette, DSPPC	CIUSSS MCQ
Dr Stéphane Charest, président jusqu'au 26 février 2016	RLS de Trois-Rivières
Dr Marc Lamothe, conseiller jusqu'au 26 janvier 2016	RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Thierry Dambry, conseiller jusqu'au 26 janvier 2016	RLS de Maskinongé

### Faits saillants

Le comité exécutif du CMDP a tenu 9 rencontres avec un taux de participation de 97 % et 2 assemblées générales avec 311 participants à la réunion de juin 2015 et 313 participants à la réunion de décembre 2015. Le comité de pharmacologie a tenu 2 réunions avec un taux de participation de 90 %.

En lien avec la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi que l'organisation médicale du centre, le CMDP a :

- adopté le Plan de gouvernance médicale du CIUSSS MCQ;
- donné un appui favorable à la nomination M. Alain Bureau, chef du département de pharmacie et a procédé à la nomination des adjoints au chef du département de pharmacie;
- participé au processus de nomination de la chefferie des départements de chirurgie, de biologie médicale, de médecine spécialisée, d'anesthésiologie, d'obstétrique-gynécologie, de pédiatrie, de psychiatrie et de médecine d'urgence (entrevues, sélection des candidats, recommandations);

- procédé au retrait des quatorze analyses de laboratoire ciblées par l'INESSS et à l'harmonisation de l'utilisation des analyses dans les neuf laboratoires du CIUSSS MCQ.

Il a également fait des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que les privilèges et le statut à accorder, et ce, pour 74 médecins de la région.

En lien avec la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement, le CMDP a soutenu les démarches des médecins de famille de Drummondville face au ministère pour maintenir le RAMD ou une instance similaire jusqu'à ce qu'une solution viable permette d'établir une accessibilité similaire aux soins de première ligne, et ce, pour l'ensemble des patients drummondvillois.

## COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques a la responsabilité de faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre, de donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Composition du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) (au 31 mars 2016)	
M. Martin Rajotte, président	Pharmacien établissement non-gestionnaire, élu
Mme France Vallée, vice-présidente	Pharmacienne propriétaire, élue
Mme Caroline Charest	Pharmacienne établissement gestionnaire, élue
Mme Malorie Lambert	Pharmacienne salariée, élue
M. Pascal Gilbert	Pharmacien propriétaire, coopté
Mme Alexandra Plourde	Pharmacienne salariée, coopté
Mme Isabelle Houle	Pharmacienne établissement gestionnaire, cooptée
M. Erik Samson	Pharmacien établissement non-gestionnaire, coopté

### Faits saillants

Le comité a tenu quatre rencontres avec un taux de participation de 96 %. Il a entrepris divers travaux et abordé les questions suivantes :

- Transfert de la production et du service de médicaments intra-veineuses pour les patients ambulants vers les pharmacies privées;
- Transfert du suivi d'une portion de la clientèle anticoagulée vers les pharmacies privées;

- Présence du président du CRSP au comité de recrutement pharmaceutique du département de pharmacie du CIUSSS MCQ. Trois individus ont été recrutés dans notre département pour l'année en cours;
- Création d'une liste répertoire-contact des pharmacies et des pharmaciens-pharmaciennes du territoire MCQ afin de faciliter le transfert d'information dans différents dossiers en cours;
- Discussion avec les responsables des laboratoires sur le territoire MCQ afin de faciliter la prescription de laboratoires par les pharmaciens du secteur privé;
- Contribution à la mise en place des protocoles et ordonnances pour l'aide médicale à mourir ainsi que diffusion de l'information relative à ce projet;
- Tenue d'une assemblée générale (première depuis plusieurs années) avec élections et nomination d'un nouveau président ;
- Recommandation du CRSP au conseil d'administration du CIUSSS MCQ de soutenir les travaux en cours en lien avec la planification et le développement de la main d'œuvre pharmaceutique au sein du CIUSSS MCQ.

## COMITÉ DES USAGERS

Dans le cadre de son mandat, le comité des usagers a pour fonctions, entre autres, de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement et de défendre les droits et intérêts collectifs des usagers. Il peut aussi, sur demande, assister et accompagner un usager dans toute démarche, y compris pour porter plainte.

Composition du comité des usagers du CIUSSS MCQ (au 31 mars 2016)	
Mme Diane Gagnon, présidente	Représentante CU Trois-Rivières
M. Pierre Gélinas, vice-président	Représentant CU Service de réadaptation en déficience physique InterVal MCQ
M. Valentin Gava, secrétaire-trésorier	Représentant CR Centre d'hébergement Lucien-Shooner
Mme Lucie Arbour	Représentante CU Haut-Saint-Maurice
Mme Ginette Aubin-Caron	Représentante CU Services de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme – Institut universitaire
M. Réjean Chauvette	Représentant CU Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille MCQ
Mme Chantal Desmarais	Représentante CU Drummond
Mme Lina Desrosiers	Représentante CR Centre d'hébergement St-Joseph
M. Germain Drouin	Représentant CU Bécancour – Nicolet-Yamaska
M. Raymond Forest	Représentant CU de l'Énergie
M. Richard Langlois	Représentant CR Centre d'hébergement Lafèche

Composition du comité des usagers du CIUSSS MCQ (au 31 mars 2016)	
M. Robert Milette	Représentant CU Services de réadaptation en dépendance Domrémy
Mme Hélène C. Pépin	Représentante CU Vallée-de-la-Batiscan
M. André Poirier, représentant CUCI au Conseil d'administration du CIUSSS MCQ	Représentant CU Arthabaska-et-de-l'Érable
M. Jacques-André Racicot	Représentant CU volet santé mentale
M. Marc-André Rancourt	Représentant CR Centre d'hébergement Les Étoiles-d'Or
Mme Marthe Rivard	Représentante CR Centre d'hébergement Ste-Anne-de-la-Pérade
Mme Gisèle Sirois- Couture	Représentante CU Maskinongé

### Faits saillants

Le comité a tenu sept réunions régulières avec un taux de participation de 79 % et six réunions du comité exécutif avec un taux de participation de 97 %.

Le comité a réalisé les activités suivantes :

- Constitution du CUCI en conformité avec les dispositions de la Loi et désignation d'un représentant au conseil d'administration du CIUSSS MCQ;
- Organisation d'une journée régionale sur les droits des usagers;
- Participation à divers comités du CIUSSS MCQ;
- Adoption des règles de fonctionnement et mise en place d'un comité exécutif;
- Prise de position sur la politique de stationnement du CIUSSS MCQ;
- Recommandations sur le projet de Code d'éthique de l'établissement visant à ne pas inclure des comportements attendus de la part des usagers;
- Formation de plusieurs membres à l'atelier sur la défense des droits des usagers lors du congrès RPCU en octobre 2015;
- Résolution d'appui au comité des usagers DI TSA en lien avec l'accompagnement de l'utilisateur qui n'est pas représenté à son plan d'intervention, par son représentant légal.

### Recommandations

- Que le CIUSSS MCQ fasse les représentations d'usage auprès du MSSS afin que soit clarifiés les rôles et fonctions du comité des usagers du centre intégré.
- Que le CIUSSS MCQ réponde aux recommandations des anciens CA des établissements fusionnés qui ont un impact direct sur la promotion de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des conditions de vie des usagers et des résidents

## COMITÉ PHILANTHROPIQUE

Le comité de philanthropie a pour but d'harmoniser nos pratiques en sollicitation afin de présenter une image positive de la venue du CIUSSS MCQ, dans le respect de l'autonomie des Fondations. Ce comité est formé d'un membre nommé par chaque fondation du territoire desservi par le CIUSSS MCQ. Dans un esprit de partage et de collaboration, le comité est principalement un lieu d'échange, de partage des connaissances et de collaboration entre l'équipe de gestion du CIUSSS MCQ et les fondations du territoire.

Composition du comité philanthropique (au 31 mars 2016)	
M. Pierre Labonté, coprésident	Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable
Mme Jacynthe Vallée, coprésidente	Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska
M. Martin Beaumont, PDG	CIUSSS MCQ
M. Gaétan Lamy, PDGA	CIUSSS MCQ
Mme Lyne Girard, DGAPSR	CIUSSS MCQ
Mme Lucie Letendre, DGAPSP-SAPA	CIUSSS MCQ
Mme Audrey-Ann Milot, adjointe au PDG	CIUSSS MCQ
Mme Christiane Lemaire, conseillère	CIUSSS MCQ
M. Philippe Bergeron, président	Fondation CLSC Suzor-Côté
M. Gilles Langlois, DG	Fondation CLSC Suzor-Côté
M. Alain Dumont, président	Fondation HDA
Mme Magalie Houle, présidente	Fondation Ste-Croix-Hériot
Mme Chareyne Lupien, DG	Fondation Ste-Croix-Hériot
M. Luc Belle-Isle, DG	Fondation Le Parrainage
M. Robert Dessureault, président	Fondation Le Parrainage
Mme Chantale Gaboury, présidente	Fondation CSSS de Maskinongé
Mme Caroline Hubert, DG	Fondation CSSS de Maskinongé
M. Marc-André Gagnon, président	Fondation Ermitage
Mme Sylvie Côté, DG	Fondation Ermitage
Mme Danielle Gamelin, DG	Fondation Bécancour-Nicolet-Yamaska

Composition du comité philanthropique (au 31 mars 2016)	
M. Éric Gilbert, président	Fondation du CSSS de l'Énergie
Mme Amélie Vallée, DG	Fondation du CSSS de l'Énergie
M. Jean Turcotte	Fondation InterVal
M. Fernand Legault, DG	Fondation InterVal
M. André Gabias, président	Fondation du Centre jeunesse MCQ
Mme Caroline Bérubé	Fondation CSSS Haut-Saint-Maurice
Mme Isabelle Voyer, présidente	Fondation CSSS Haut-Saint-Maurice
M. Mario Lafontaine, président	Fondation Foyer Mgr Paquin
Mme Lisette Tremblay, présidente	Fondation RSTR
Mme Nathalie Villemure, DG	Fondation RSTR
M. Donat Gingras	Fondation CLSC Vallée de la Batiscan
M. Donald Grimard, président	Fondation du CLSC Vallée-de-la Batiscan
Mme Johanne Soucy	Fondation Foyer de la Pérade
M. Michel Bordeleau, président	Fondation Centre d'accueil de St-Narcisse
M. Gaston Arcand, président	Fondation du Foyer de Sainte-Thècle

### Faits saillants

Le comité a tenu cinq rencontres avec un taux de participation de 75 %. Il a développé les outils et les mécanismes suivants :

- Structure et rôle du comité philanthropique comprenant la nomination des membres, le fonctionnement, le rôle des participants et le mandat du représentant des fondations sur le conseil d'administration du CIUSSS MCQ;
- Confirmation du maintien de la mission, des activités et des actifs des fondations (lettre du PDG);
- Élection du membre observateur des fondations sur le CA du CIUSSS MCQ par un vote des présidents de fondations;
- Nomination des PDGA et du PDG parrains et marraines de fondations attirées;
- Règles pour les gestionnaires, employés et médecins siégeant sur les CA de fondations;
- Coordonnées des fondations;
- Budget de représentation du CIUSSS MCQ dédié aux fondations;
- Balises uniformes pour les lettres de sollicitations des usagers;

- Création de trois sous-comités consultatifs : toponymie, communication, acquisition d'équipements;
- Guide des initiatives de soutien aux fondations (ISF) avec fiches par sujets.

### **Recommandations**

- Poursuivre les travaux des trois sous-comités en 2016 jusqu'à l'obtention de politiques officielles pour les fondations.
- Maintenir la participation de la direction générale à toutes les rencontres.
- Maintenir le niveau d'ouverture sur les enjeux soulevés par les fondations et l'attribution de ressources pour leur venir en aide.
- Poursuivre le partage des bonnes pratiques avec les pairs et la collaboration de la direction à encourager les initiatives des fondations.

Montant recueilli par l'ensemble des fondations pour 2015-2016 : 12 906 000 \$.

## **COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE**

Conformément aux directives ministérielles, c'est à l'automne 2016 que sera mis sur pied le Comité régional sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise du CIUSSS MCQ. Conséquemment, le comité n'a tenu aucune activité en 2015-2016.

---

# ANNEXES



# ANNEXE I - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

## PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

## SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration, et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque membre du conseil.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

### 2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration repose notamment sur les dispositions suivantes :

- la disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec;
- les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1);

- les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);
- les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2);
- la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- la Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

### **3. Définitions**

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

#### **Code**

Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

#### **Comité d'examen ad hoc**

Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

#### **Conseil**

Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

#### **Conflit d'intérêts**

Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

#### **Conjoint**

Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation (RLRQ, chapitre I-16).

#### **Entreprise**

Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

#### **Famille immédiate**

Aux fins de l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

#### **Faute grave**

Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

#### **Intérêt**

Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

## **LMRSS**

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

## **LSSSS**

Loi sur les services de santé et les services sociaux.

## **Membre**

Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

## **Personne indépendante**

Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

## **Personne raisonnable**

Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances.

## **Renseignements confidentiels**

Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

## **4. Champ d'application**

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent code.

## **5. Disposition finale**

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

## **6. Diffusion**

L'établissement doit rendre le présent code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

## SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

### 7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre du conseil d'administration, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

### 8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

#### 8.1. Disponibilité et compétence

- être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement;
- prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions;
- favoriser l'entraide;
- s'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

#### 8.2. Respect et loyauté

- respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables, ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi;

- agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination;
- respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence;
- respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

### 8.3. Impartialité

- se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit;
- placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

### 8.4. Transparence

- exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes;
- partager avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

### 8.5. Discrétion et confidentialité

- faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci;
- faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
- préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration;
- s'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

### 8.6. Considérations politiques

- prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

### 8.7. Relations publiques

- respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

### 8.8. Charge publique

- informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale;

- démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

#### 8.9. Biens et services de l'établissement

- utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

#### 8.10. Avantages et cadeaux

- ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

#### 8.11. Interventions inappropriées

- s'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel;
- s'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

## SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un membre du conseil par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
  - a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
  - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
  - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
  - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de services ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

## SECTION 4 – APPLICATION

### 16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code d'éthique et de déontologie des membres par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire Engagement et affirmation du membre de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions :

- a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) de voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et de fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) de réviser, au besoin, le présent code et de soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et de faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

- h) de retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) d'assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et de faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen ad hoc » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

## **18. Comité d'examen ad hoc**

18.1. Le comité de gouvernance et d'éthique forme, au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique.

Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2. Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3. Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc, de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5. Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

## **19. Processus disciplinaire**

19.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3. Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du

Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés. Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.

- 19.4. Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.
- 19.5. Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 19.6. Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 19.7. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8. Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
  - b) un résumé des témoignages et des documents consultés, incluant le point de vue du membre visé;
  - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
  - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 19.10. Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.11. Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre de la Santé et des Services sociaux, selon la gravité du manquement.

19.12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13. Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

## **20. Notion d'indépendance**

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration dans les plus brefs délais toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivants la présence d'une telle situation.

## **21. Obligations en fin du mandat**

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions;
- se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre du conseil;
- ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public;
- s'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

## ANNEXE II – PORTRAIT DES SERVICES À LA POPULATION

### Jeunesse-famille

#### Périnatalité et maisons de naissance

- Clinique de procréation médicalement assistée (PMA)
  - Clinique Grossesse à risque élevé (GARE)
- Rencontres prénatales
- Visites postnatales
- Services de sage-femme

#### Jeunes en difficulté et santé mentale

- Services en négligence
- Services aux jeunes en difficulté et leur famille
- Services sociaux en milieu scolaire et en milieu familial
- Services en dépendances
- Services de santé mentale de base
- Services de santé mentale spécialisés

#### Réadaptation, délinquance et hébergement jeunesse

- Services de réadaptation de base

#### Santé communautaire

- Vaccination
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)
- Clinique de santé sexuelle (IVG, ITSSS)
- Clinique de santé publique
- Santé scolaire
- École en santé

#### Direction de la protection de la jeunesse

- Guichet centralisé LPJ, LSJPA (signalement)
- Évaluation-Orientation
- Révision des mesures de protection
- Famille d'accueil

### Santé publique

#### Promotion-prévention

- Clinique santé voyage
- Soins dentaires
- Saines habitudes de vie et Programme 0-5-30

#### Protection

- Santé au travail
- Maladies infectieuses
- Risques biologiques et environnementaux
- Surveillance de l'état de santé de la population

## Santé mentale adulte et dépendance

### Services psychosociaux, santé mentale et dépendance

- Services psychosociaux généraux
- Programme dépendances
- Intervention en situation de crise 24/7 (suicide, violence conjugale et familiale)
- Guichet d'accès en santé mentale
- Soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV)
- Suivi intensif dans le milieu (SIM)
- Services d'intégration socioprofessionnelle (SIS)
- Soutien à l'entourage
- Programme d'évaluation des conducteurs à risque
- Réadaptation alcool, drogue et jeu
- Désintoxication et programme de traitement de substitution
- Réinsertion sociale

### Organisation de services dans la communauté

#### AAOR

### Hébergement et services spécialisés en santé mentale et dépendance

#### Services externes en toxicomanie

- Clinique du Centre
- Clinique Le Vaisseau d'Or
- Traitements de substitution à la méthadone

## Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

### Continuum santé bien-être DI-TSA

- Services psychosociaux à la personne et aux proches
- Intervention en situation de crise 24/7
- Guichet d'accès en santé mentale
- Soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté
- Services spécialisés en TGC
- Évaluations, diagnostics RGD DI-TSA-DP (moteur et langage)
- Adaptation/Réadaptation à la personne (développement de l'autonomie)
- Services spécifiques et spécialisés 0-7 ans DI-TSA-DP
  - Répit et dépannage
  - Intégration en milieu de garde
  - Intégration en milieu scolaire
  - Éducation spécialisée aux familles et aux proches
- Services spécifiques et spécialisés 8-21 ans DI-TSA-DP
  - Répit et dépannage
  - Intégration au travail et communautaire (habitudes de vie, rôles sociaux)
  - Milieu scolaire
  - Éducation spécialisée aux familles et aux proches
- Réadaptation résidentielle
  - Soutien aux personnes présentant une DI ou un TSA occupant un logement autonome ou un milieu de vie substitut à leur milieu naturel

## **Continuum santé bien-être DP**

- Évaluation
- Contribution au diagnostic différentiel et au pronostic de participation sociale
- Soutien à la collectivité, expertise-conseil et consultations spécialisées
- Planification et coordination des services par une équipe multidisciplinaire
- Intégration sociale et support aux milieux de vie
- Services en déficience du langage
  - Développement de la communication et de moyens adaptés
  - Conception et adaptation d'aides techniques et technologiques à la communication
  - Attribution et entraînement à l'utilisation d'aides à la communication (tableau de communication)
- Services en déficience visuelle
  - Enseignement du braille et de l'informatique adaptée
  - Orientation et mobilité - apprentissage des déplacements
  - Attribution et entraînement à l'utilisation des aides visuelles
  - Adaptation physique des milieux de vie : domicile, garderie, école, travail
- Services en déficience auditive
  - Attribution et entraînement à l'utilisation d'aides de suppléance à l'audition
  - Entraînement et recommandations à l'utilisation de prothèses auditives
  - Apprentissage d'un mode de communication
  - Réadaptation fonctionnelle intensive post-implant cochléaire
  - Accès au service régional d'interprétariat pour les personnes sourdes ou malentendantes de l'est du Québec
- Services en déficience motrice
  - Intervention en dysphagie
  - Intervention en spasticité
  - Adaptation du véhicule automobile
  - Évaluation de la conduite automobile
  - Conception, attribution et entraînement à des aides techniques : à la posture et à la mobilité, aux AVQ-AVD (fiduciaire), de suppléance à la communication

## **Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)**

### **Réadaptation**

- Physiothérapie Ergothérapie
- Clinique de la main
- Clinique de spasticité
- Neuropsychologie
- Audiologie
- Orthophonie

### **Aides techniques (posture et mobilité, suppléance à l'audition, communication, technique en DV)**

### **Programmes financiers DI-TSA-DP**

## **Soutien à l'autonomie de la personne âgée**

- Hébergement
  - Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
  - Lits d'hébergement temporaire
  - Hébergement dans la communauté
  - Résidences d'accueil
  - Ressources intermédiaires d'hébergement (RI-RTF-UTRF, unité É/O)

- Ressource intermédiaire de convalescence
  - Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)
  - Lits d'évaluation – orientation
- Service médical et dentaire
- Service pharmaceutique
- Soins infirmiers
- Soins d'assistance
- Services de réadaptation
- Nutrition et service alimentaire
- Service d'animation loisir
- Éducation spécialisée
- Intervention psychosociale
- Soins spirituels pour les résidents et les usagers hospitalisés
- Unités prothétiques fermées
- Services interdisciplinaires
- Activités bénévoles
- Services gériatriques UCGG-SAG
  - Clinique de la mémoire
  - Suivi systématique des troubles cognitifs
- Service dans la communauté
  - RNI jeunesse et DI-TSA
  - Prévention des chutes
  - Centre de jour
- Soutien à domicile
  - Accueil, évaluation, orientation
  - Soins infirmiers
  - Services médicaux
  - Aide à domicile
  - Services psychosociaux
  - Psychoéducation
  - Physiothérapie
  - Ergothérapie
  - Inhalothérapie
  - Nutrition
  - Prêt d'équipements
  - Intervention multifactorielle personnalisée (prévention des chutes)
  - Programmes financiers
  - Soins d'assistance
  - Volet psychosocial et liaison gériatrique
  - Volet réadaptation et prêt d'équipement
- Soutien
  - Services gériatriques
  - Soins palliatifs et de fin de vie
  - Support aux proches aidants
  - Adoption et retrouvailles
  - Maltraitance envers les aînés
  - Soins spirituels
  - Certification des résidences privées
  - Reconnaissance des RNI

## Soins infirmiers

### Soins ambulatoires de santé primaire

- Centres ambulatoires
- Établissement de détention
- Soins infirmiers courants (santé courante)
- Hépatite C
- Clinique ambulatoire de cardiologie, de neurologie et de sclérose en plaques
- Clinique spécialisée de sclérose en plaques

### Gestion des maladies chroniques

- Prévention, promotion et autogestion de sa maladie chronique
- Nutrition
- Maladies métaboliques
- Programme Choisir de maigrir?
- Programme Ma santé à vie (syndrome métabolique)
- Cliniques de diabète et d'endocrinologie
- Insuffisance rénale, hémodialyse,
  - Cliniques de pré dialyse (CIR – CIRA)
  - Dialyse péritonéale
  - Hémodialyse nocturne
  - Service d'hémodialyse
  - Clinique externe en néphrologie
  - Pré-greffe rénale
- Maladies respiratoires
  - Centre de l'enseignement de l'asthme
  - Centre d'abandon du tabagisme
  - Clinique externe de pneumologie
  - Laboratoire du sommeil
  - Réadaptation pulmonaire
  - Clinique Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Programme des soins médicaux et de cardiologie
  - Électrophysiologie médicale
  - Hémodynamie
  - Clinique d'insuffisance cardiaque
  - Clinique de coronaropathie
  - Clinique d'arythmie et de cardiostimulation
  - Clinique de valvulopathies
- Programme d'évaluation urgente des douleurs thoraciques (PRÉVU)
  - Clinique de relance post-hospitalière
  - Service d'électrophysiologie médicale - neurologie
- Programme de lutte contre le cancer
  - Hémato-oncologie
  - Dépistage du cancer colorectal
  - Dépistage du cancer du col utérin
  - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
  - Hémato-oncologie
  - Radio-oncologie
  - Registre québécois sur le cancer

## **Unités d'hospitalisation en médecine interne et spécialisée**

- Unité des naissances
- Unité familiale
- Unité néonatale
- Unité de pédiatrie
- Unité de soins psychiatriques
- Unité d'hospitalisation brève
- Unité de soins palliatifs
- Unités d'hospitalisation du Programme de médecine familiale
- Unité de médecine spécialisée et générale
- Unité de médecine interne (UMI)
- Unités d'hospitalisation en cardiologie
- Unité de chirurgie spécialisée
- Unité de médecine et chirurgie générale
- Unité de chirurgie orthopédique
- Unité de neurologie, neurochirurgie et rhumatologie
- Unité de pédopsychiatrie

## **Prévention des infections**

### **Soins de plaies**

## **Services multidisciplinaires**

### **Accueil-admission**

- Transport des usagers
- Info-Santé et Info-Social

### **Centrales de rendez-vous**

### **Archives médicales**

### **Pharmacie**

- Anticoagulothérapie

### **Imagerie médicale et médecine nucléaire**

- Évaluation du cœur fœtal par échographie
- Échocardiographie pédiatrique
- Endoscopie
- Médecine nucléaire
- Radiologie
- Mammographie
- Médecine nucléaire (tomographe par émission de positrons)
- Résonance magnétique

### **Biologie médicale**

- Centre de prélèvement

### **Inhalothérapie**

### **Nutrition clinique en centre hospitalier**

### **Réadaptation en centre hospitalier**

- Ergothérapie
- Physiothérapie

### **Bénévoles**

## Services professionnels (médicaux)

### Services médicaux courants

- GMF
- Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)
- Unité de médecine familiale (UMF)

### Urgence et soins critiques

- Urgences
- Unité de décision clinique
- Traumatologie et TCCL
- Unité de soins intensifs
- Unités coronariennes
- Services préhospitaliers
- Dons d'organes
- Coroner

### Programmes chirurgicaux et services spécialisés

- URDM
- Endoscopie
- Neurochirurgie
- Orthopédie
- Chirurgie spécialisée
- Chirurgie d'un jour
- Bloc opératoire
- Salle de réveil
- Procréation assistée

### Spécialités médicales

- Anesthésiologie
- Biologie médicale
  - Service d'anatomopathologie
  - Service de biochimie
  - Service d'hématologie
  - Service de microbiologie et maladies infectieuses
  - Service de biochimie médicale
- Chirurgie
  - Service de chirurgie buccale et dentaire
  - Service de chirurgie maxillo-faciale
  - Service de chirurgie générale
  - Service de chirurgie plastique
  - Service de chirurgie vasculaire et thoracique
  - Service de neurochirurgie
- Service d'ophtalmologie
- Service d'orthopédie
- Service d'oto-rhino-laryngologie
- Service d'urologie
- Imagerie médicale
- Médecine d'urgence
- Médecine interne
  - Service de cardiologie

- Service de dermatologie
- Service d'endocrinologie
- Service de gastro-entérologie
- Service de gériatrie spécialisée
- Service d'hématologie
- Service de microbiologie et maladies infectieuses
- Service de néphrologie
- Service de neurologie
- Service de physiothérapie
- Service de pneumologie
- Service de rhumatologie
- Service de soins intensifs
- Service de médecine interne
- Médecine familiale
- Médecine nucléaire –
- Obstétrique-gynécologie
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Radio-oncologie

#### **Cliniques externes**

- Clinique externe de pédopsychiatrie du Centre Arc-en-Ciel
- Parkinson et Épilepsie
- Psychiatrie
- Pneumologie
- Chirurgie générale
- Chirurgie vasculaire
- Dermatologie
- Hémato-oncologie
- Locomoteur et douleur chronique
- Médecine interne
- Microbiologie-Infectiologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Obstétrique-gynécologie
- Ophtalmologie
- Orthoptie
- ORL
- Orthopédie
- Pédopsychiatrie
- Pédiatrie
- Plastie
- Rhumatologie
- Urologie

#### **Clinique interdisciplinaire en musculosquelettique**

#### **Clinique de gestion de la douleur chronique**

## ANNEXE III – ÉCHELLE DE CLASSIFICATION DES ÉVÉNEMENTS

Événement	Catégorie	Description
Incident	A	Circonstance ou évènement qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risques).
	B	Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle).
Accident mineur	C	Erreur qui atteint la personne mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle.
	D	Personne atteinte, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquences/interventions requises pour prévenir les conséquences
	E1	Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non-spécialisés, sans hospitalisation/ prolongation d'hospitalisation.
	E2	Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés sans hospitalisation/prolongation hospitalisation.
Accident majeur	F	Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation.
	G	Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne.
	H	Accident nécessitant une intervention pour maintenir en vie.
	I	Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne.

---

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Siège social

858, terrasse Turcotte  
Trois-Rivières (Qc) G9A 5C5

[www.ciussmcq.ca](http://www.ciussmcq.ca)

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec**

**Québec** 